

**Climate
and
Health
Journal**

SAYI
ISSUE

1

VOLUME/CİLT: 3
YEAR/YIL: 2023

İKLİM VE SAĞLIK DERGİSİ

E ISSN: 2757-8607



**İKLİM VE SAĞLIK DERGİSİ /
CLIMATE AND HEALTH JOURNAL**

Cilt/ Volume: 3

Sayı/Number: 1
Haziran/June 2023

Yayın Dili/ Publishing Language
Türkçe/İngilizce

E ISSN: 2757-8607

Yayın Türü/Type of Publication
Yaygın Süreli Yayın/Peer Reviewed
Academic Journal

Yayın Periyodu/Publishing Period
Dört ayda bir (Mart, Ağustos, Kasım
aylarında) yayımlanır/Three times a year
(March, August, November)

Dergi Atf Adı/Journal Name
Climatehealth

Derginin Sahibi/Owner
Alban Tanıtım Ltd. Şti.

**Yazı İşleri Müdürü/ General Publication
Director**
S. Bahar Alban

**Yönetim Yeri - Akademik İçerik
Danışmanlığı ve Hazırlık/Management
Location - Content Advisor**
Alban Tanıtım Ltd. Şti.
Tunalı Hilmi Cad. Büklüm Sokak No: 45/3
Kavaklıdere/Ankara Tel: 0.312 430 13 15
e-mail: editor@albantanim.com.tr
web: www.albantanim.com.tr

Tasarım ve Uygulama/Graphic Design
Alban Tanıtım Ltd. Şti.

Tashih/Proofreading
S. Bahar Alban



EDİTÖR/EDITOR

Prof. Dr. E. Didem Evcı Kiraz,
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi /
Aydın Adnan Menderes University

EDİTÖR YARDIMCISI/ASSOCIATE EDITOR

Öğr. Gör. Ayşen Özmen,
İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu

DİL EDİTÖRLERİ/LANGUAGE EDITORS

Dr. Emel Kökpınar Kaya,
Hacettepe Üniversitesi, İngilizce Dilbilimi Bölümü (Ataştırma
Görevlisi) - İngilizce Dil Editörü / Hacettepe University, English
Linguistics Department, Research Assistant (Res. Assist.) -
English Language Editor

Necati Bulut,
Redaktör - Türkçe Dil Editörü / Redaktor - Turkish Language
Editor

YAYIN KURULU/EDITORIAL BOARD

Dr. Ayşe Çağlayan,
Ministry of Environment and Urbanisation

Prof. Dr. Binnaz Zeynep Zaimoğlu,
Çukurova University

Doç. Dr. Çiğdem Coşkun Hepcan,
Ege University

Prof. Dr. Doğanay Tolunay,
İstanbul University

Prof. Dr. Erkan Pehlivan,
İnönü Üniversitesi / İnönü University

A/Prof. Dr. Florina Tuluca,
University of Bucharest, Romania

A/Prof. Dr. Kambod Amini Hosseini
Risk Management Research Center, Iran

Prof. Dr. Nazmiye Erdoğan,
Başkent University

Dr. Nuran Talu,
Global Balance Association

Dr. Reza Saber,
Ankara University

Prof. Dr. Semra Cerit Mazlum,
Marmara University

Prof. Dr. Veysel Işık,
Ankara University

*İsme göre alfabetik sırada/In alphabetical order by Name
İklim ve Sağlık Dergisi ulusal hakemli bir dergidir. Yayımlanan makalelerin
sorumluluğu yazarına/ yazarlarına aittir.
Climate and Health Journal is a national refereed journal. Authors bear
responsibility for the content of their published articles.

İÇİNDEKİLER

TABLE OF CONTENTS

<p>ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE</p> <p>Hastane çevresi ile çalışanların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi</p> <p><i>Examination of the relationship between the hospital environment and the levels of employee's well-being, occupational stress and burnout</i></p> <p><i>Fatma Kurtoğlu & Hatice Öner</i></p>	01
<p>DERLEME / LITERATURE REVIEW</p> <p>Challenges of climate health to people with disability</p> <p><i>Francis Gregory R. Samonte</i></p>	14
<p>DERLEME / LITERATURE REVIEW</p> <p>Sağlık profesyoneli gözünden kültürel, politik, sosyal anlam ve anlayışlar bağlamında COVID-19 süreci: Bir otoetnografi çalışması</p> <p><i>The COVID -19 process in the context of cultural, political, and social meanings and understandings from the perspective of health care professionals: An autoethnographic study</i></p> <p><i>Orhan Çakır & Belgin Yıldırım</i></p>	21
<p>DERLEME / LITERATURE REVIEW</p> <p>Doğa temelli uygulamalar ile ruh sağlığının güçlendirilmesi</p> <p><i>Strengthening mental health with nature-based practices</i></p> <p><i>Hatice Öner</i></p>	28



ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

Hastane çevresi ile çalışanların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Examination of the relationship between the hospital environment and the levels of employee's well-being, occupational stress and burnout

Fatma Kurtoğlu¹ 

Hatice Öner² 

1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Birimi, Efeler/AYDIN

2 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

Özet

Amaç: Bu çalışmada, hastane çevresi ile çalışanların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, analitik-kesitsel olarak planlanmıştır. Bir devlet üniversitesi hastanesinde çalışan 332 hastane personeli araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ortaya koymak için bilgi formu ve Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği, A-20 İş Stresi Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, Spearman's Rho, Mann-Whitney-U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Gürültü düzeyini yüksek olarak değerlendiren çalışanların, iş stresi ve duygusal tükenme puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aydınlatma düzeyini az bulan çalışanların, iş stresi ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, fazla bulanların ise iyi oluş puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Havalandırma düzeyini az bulan çalışanların, iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal desteğini kötü olarak değerlendiren çalışanların, iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, iyi olarak değerlendirenlerin ise iyi oluş puan ortalamasının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada fiziksel ve psikososyal çevre etkenlerinin sağlık çalışanlarının iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Çevre, Sağlık Çalışanı, İyi Oluş, İş Stresi, Tükenmişlik.

* Bu makale, Çevre Sağlığı Disiplinler Arası Yüksek Lisans Programı Çalışma Fatma Kurtoğlu'nun "Hastane Çevresi ile Çalışanların İyi Oluş, İş Stresi Ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasından üretilmiştir.

Bu makaleden şu şekilde alıntı yapınız / Cite this article as: Kurtoğlu F, Öner H. Hastane çevresi ile çalışanların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Climatehealth. 2023;3(1):1-13

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Hatice Öner, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Efeler/AYDIN
E-Mail: honer@adu.edu.tr



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Abstract

Background: In this study, it was aimed to examine the relationship between the hospital environment and employees' well-being, job stress and burnout levels.

Methods: The research was an analytical cross-sectional study. 332 hospital staff working in a state university hospital constituted the sample of the research. Data were collected using the information form and Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale, A-20 Job Stress Scale and Maslach Burnout Scale to reveal the socio-demographic characteristics of the participants. In the analysis of the data, descriptive statistics, Spearman's Rho, Mann Whitney-U and Kruskal-Wallis tests were used.

Results: Work stress and emotional exhaustion mean scores of employees who evaluated the noise level as high were found to be high. Employees who find the level of illumination low have a high mean of job stress and emotional exhaustion and depersonalization, and those who find it high have a high mean score of well-being. It was understood that the employees who found the ventilation level low had high mean scores of job stress, emotional exhaustion and depersonalization, and those who found it high had high mean scores of well-being and personal achievement ($p<0.05$). It has been revealed that the mean score of job stress, emotional exhaustion and depersonalization of the employees who evaluate social support as bad is high, and the mean score of well-being is high for those who evaluate it as good.

Conclusion: In this study, it was understood that there is a statistically significant relationship between physical and psychosocial environmental factors and health workers' well-being, job stress and burnout levels.

Keywords: Hospital, Environment, Health Worker, Well-Being, Job Stress, Burnout.

GİRİŞ

Çevre, bireyin etkileşim halinde olduğu fiziksel, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin tamamını kapsamaktadır (Erdoğan, 2006). Çalışan bireyler için işin yapıldığı yer işyeri çevresini oluşturmaktadır. Çalışanın işyerindeki refahı ve üretkenliği, çalışma ortamının niteliğinden etkilenmektedir (Tortumlu ve Taş, 2020). Çalışma ortamındaki gerek fiziksel gerekse de psikososyal etkenlerin çalışanların iş performansı ve kaza riskleri üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Jeanne vd., 2021). Bir işyerindeki çevresel etkenlerin çalışanları ne şekilde etkilediği ve çalışanlar tarafından nasıl algılandığı çalışan sağlığı ile de yakından ilişki içindedir (Mosadeghrad, 2013). Çalışan sağlığı açısından işyerindeki psikososyal risk faktörlerinin incelendiği çalışmaların özellikle, mesleki stres, mesleki tükenmişlik, organizasyonel sorunlarda yoğunlaştığı görülmüştür (Kocabaş vd., 2018).

Genel olarak hastaneler, topluma birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlardır. Bir hastanede birçok farklı çalışan, mesleki bilgilerini ve becerilerini ortaya koyarak sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Hastane çalışanları, yataklı servisler, poliklinikler, ameliyathaneler, laboratuvarlar, tanı üniteleri, yoğun bakım servisleri, idari ofisler gibi birçok farklı yerde, değişken zaman dilimlerinde, yer yer hareket halinde ve birbirleriyle yakın bir sosyal etkileşim içinde görev yapmaktadırlar (Ataman ve Kurşunluoğlu,

2018). Bu şekilde hastaneler, çalışanlar açısından bir yaşam alanıdır ve "hastane çalışanları" çeşitlilik açısından zengin bir "ekosistem" içinde yer almaktadırlar. Çoğu sağlık çalışanı için yaşamının çoğu bu ortamlarda geçmektedir. Bu anlamda değerlendirildiğinde gerek çalışanlar için gerek bakım alan bireyler açısından çok önemli ortamlardır. Bununla birlikte, sağlık sektöründe çalışanların sağlığında olumsuz etkiler oluşturabilen birçok farklı çevresel riskler bulunmaktadır (Janowitz vd., 2006).

Yoğun iş temposu ve uzun çalışma süreleri, ağır ve ölümcül hastalara bakım görevi ile ilişkili yüksek sorumluluk duygusu, hasta yakınlarına psikolojik destek verme gerekliliği, hastane kaynaklarının ve personelin yetersizliği ve dağılımındaki dengesizlikler, rol çatışmaları ve ekip çalışması oluşturulmasındaki eksiklikler, karar verme süreçlerine katılımdaki yetersizlikler gibi etkenler, sağlık çalışanlarında kaygı ve stres bozuklukları ile tükenmişlik yaşanmasına neden olabilmektedir (Ergün, 2008; Hofmann, 2018; Tel vd., 2003; Wells, 2011). Çalışma ortamındaki stresin artmasında etkili olan bir diğer faktör ise hastane çevresinin genel fiziksel özellikleridir. Bunlardan özellikle gürültü, aydınlatma, hastane içi hava kalitesi gibi faktörler çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedirler (Akova vd., 2022; Janowitz vd., 2006; Van Bommel ve Van Den Beld, 2004). Bununla ilgili yapılan araştırmalarda çalışma ortamındaki aşırı gürültü, aydınlatma, hava kirliliğine maruz kalmaya bağlı olarak, kan basıncında artma, performansta

azalma, uykusuzluk ve anksiyete gibi çeşitli fizyolojik ve psikolojik sorunlar (Shen vd., 2023) ile iş performansında azalmaya neden olabileceği belirtilmiştir (Van Bommel ve Van Den Beld, 2004). Sağlık hizmeti verilen ortamlar, pencerelerden giren gün ışığı (doğal ışık) ve elektrikli ışık kaynakları (yapay ışık) ile aydınlatılır. Yapay ışığa, özellikle de flüoresan ışığına sürekli maruz kalmanın sağlık çalışanlarının verimliliğini azalttığı ve uyku bozukluklarına yol açabildiği bildirilmiştir (Topbaş vd., 2022). Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan 141 hemşire ile yapılan bir çalışmada günde en az 3 saat gün ışığına maruz kalmanın işyerinde daha az stres ve daha yüksek iş tatmini ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Alimoğlu ve Donmez, 2005). Bununla birlikte, hastane içi kapalı ortamlardaki hava kirliliği, çalışan sağlığı ve güvenliği açısından birçok farklı tehditler oluşturabilmektedir. Yüksek veya düşük sıcaklık, yetersiz hava akımı, kötü koku ve kuru hava gibi olumsuz koşullar hastane çalışanlarının sağlığı ve işyerindeki refahını etkileyebilmektedir (Topbaş vd., 2022). Ayrıca uygun olmayan hastane iç hava kalitesinin hastane kaynaklı (nozokomiyal) enfeksiyonlara ve meslek hastalıklarına neden olabileceği belirtilmiştir (Akova vd., 2022). Bunlara ek olarak, işe bağlı gerginlik ve tükenme bireylerde psikolojik sorunlara, uykusuzluk, sinirlilik, ağrı gibi birçok belirtilere ve psikosomatik etkiye de yol açabilmektedir (Sünter vd., 2006).

Çalışma ortamının hem psikolojik, hem de fiziksel özellikleri doğrudan çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilediği yapılan araştırmalardan anlaşılmaktadır. Çalışan sağlığının ve verimliliğin artırılması açısından iş yerindeki stresin en aza indirildiği, pozitif bir çalışma ortamının oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Solmaz ve Solmaz; 2017; Soysal, 2009; Tortumlu ve Taş, 2020). Hastane içindeki fiziksel ve psikososyal çevre özelliklerinin çalışanlardaki stres ve iyi oluş düzeylerinin anlaşılmasının çalışan verimliliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Farklı meslek grubundan olan sağlık çalışanlarını her yönüyle etkileyen hastane çevresi ile ilgili faktörlerin belirlenmesi ve bunların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik ile ilişkilerinin ortaya konması, hastane çevresinin çalışan lehine yeniden düzenlenmesine ve alanda yeni araştırmaların planlanmasına katkı verecektir.

Tüm bu gerekçeler doğrultusunda araştırmada, bir üniversite hastanesinde çalışan farklı meslek/iş

gruplarındaki bireylerin, iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri ile hastane çevresi ve ilgili faktörler arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma soruları:

1. Hastane personeli, çalışma ortamındaki fiziksel çevre etkenlerini nasıl değerlendiriyorlar?
2. Hastane personeli, çalışma ortamındaki psikososyal çevre etkenlerini nasıl değerlendiriyorlar?
3. Hastane personelinin sosyodemografik özelliklerine göre iş stresi, Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş, Maslach Duygusal Tükenme, Maslach Duyarsızlaşma, Maslach Kişisel Başarı ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Hastane personelinin çalışma ortamındaki fiziksel çevre faktörlerini değerlendirme durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Hastane personelinin çalışma ortamındaki psikososyal çevre faktörlerini değerlendirme durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve analitik kesitsel bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, bir devlet üniversite hastanesinde çalışan 2372 personel oluşturmuştur. Örneklem hacmi hesaplamasında G- Power programı kullanılarak etki büyüklüğü 0,50, Tip 1 hata payı 0,05, güç 0,95 alındığında 214 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabının yapılmasında sağlık çalışanlarında hasta bina semptomlarını ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla yapılan çalışmalardan yararlanılmıştır (Akova, 2022; Vafaenasab, 2014). Olası kayıplar göz önüne alınarak %40 yedek eklenmiş ve örneklem büyüklüğü 300 olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri, 01.09.2021-01.09.2022 tarihler arasında toplanmıştır. Belirlenen örneklem sayısının hangi meslek grubundan kaç kişi alınacağına hesaplanmasında olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri olan tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre, her tabakadaki personel sayısı evrendeki

kişi sayısına bölünerek tabaka ağırlıkları saptanmıştır. Örneklem grubunu oluşturan personelin tabaka ağırlıkları aşağıdaki Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Örneklem Grubunu Oluşturan Personelin Tabaka Ağırlıkları

Personel	İşlem/Tabaka Ağırlıkları	Çalışma grubuna Alınacak Kişi Sayısı
Doktor	$658/2372=0,277$ $0,277 \times 300=83$	83
Hemşire, Ebe	$664/2372=0,279$ $0,279 \times 300=84$	84
Sağlık Teknisyen, Teknikeri	$254/2372=0,107$ $0,107 \times 300=33$	33
Hasta Bakıcı, Temizlik	$385/2372=0,162$ $0,162 \times 300=49$	49
Eczacı, Diyetisyen, Fizyoterapist, Biyolog, Psikolog	$65/2372=0,027$ $0,027 \times 300=8$	8
Yönetici, Büro Personeli, Tıbbi sekreter	$230/2372=0,096$ $0,096 \times 300=29$	29
Diğer yardımcı Personeller	$73/2372=0,048$ $0,048 \times 300=14$	14
Toplam		300

Veri Toplama Araçları

Veriler, kişisel bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği ve “İş Stresi Ölçeği-20” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu form, ilgili literatür temelinde (Akova, 2022; Bernal, 2015) sosyo-demografik bilgiler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kurumdaki pozisyonu, çalışma süresi, çalışma ortamına dair gürültü, aydınlatma gün ışığı alma, ısı, havalandırma düzeyleri konularındaki görüşlerini ve çalışanlar arası iletişim, ekip çalışması, çalışma süresi, sosyal destek, ücret, karar verme süreçlerini kapsayan toplam 17 sorudan oluşmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve Maslach’ın adıyla literatüre

geçen Tükenmişlik Envanteri yedi dereceli Likert tipi yanıtama seçenekleri olan toplam 22 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Envanter tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık boyutlarıyla ölçmektedir. Ölçek maddeleri “1 hiçbir zaman” ve “7 her zaman” biçiminde puanlanmaktadır. Ergin (1993) tarafından Türkçe’ye çevrilen envanter Türkiye’de farklı meslek gruplarında çalışan bireylerin tükenmişlik durumlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek yaşanan tükenmenin üç boyutunu değerlendiren bir araçtır. İlk boyut Duygusal Tükenme (DT), dokuz maddeden oluşur ve kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar. İkinci boyut Duyarsızlaşma (DY), beş maddeden oluşur ve başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmekte olup, kişinin bakım verdiklerini bir birey olarak dikkate almadan duygudan yoksun davranmasıdır ve 5 maddeden oluşmaktadır. Üçüncü boyut ise kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi ve kişisel başarı (KB) duygusunun azlığı olarak tanımlanmakta ve 8 maddeden oluşmaktadır (Maslach ve Jackson, 1986). Tükenmişlik bir süreç olduğu ve değişik işlevleri içerdiği için tek bir puanla ifade edilmemekte ve her alt boyutun puanı ayrı hesaplanmaktadır. Her üç alt boyutun da düşük, orta ve yüksek düzeylerde değerlendirmeleri yapılabilir. Tükenmişliğin orta düzeyi her üç alt boyuttaki orta düzeyi yansıtır. Tükenmişliğin düşük düzeyi duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanlarının düşük, kişisel başarı alt boyutunun yüksek puanlarını yansıtır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde puanlama sonucu alt boyut puanları ile elde edilmektedir. DT ve DY için verilen puanlar toplanarak puanlanırken, KB için tersine puanlanmaktadır. Çünkü DT ve DY boyutları olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Her üç alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise, orta düzeyde tükenmişlik göstermektedir (Maslach ve Jackson, 1986).

Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMiÖÖ)

Tennant ve arkadaşları (2007) tarafından İngiltere’de yaşayan bireylerin mental iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. WEMiÖÖ 14 maddeden oluşmaktadır ve psikolojik iyi oluş ile öznel iyi oluşu kapsayarak bireylerin pozitif mental sağlıklarıyla ilgilenmektedir. Ölçek 5’li Likert tipindedir ve ölçekten

en az 14 en fazla 70 puan alınmaktadır. Ölçeğin puanlanması (1= hiç katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum) şeklindedir. Ölçeğin bütün maddeleri pozitifdir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları 16 ve üzeri yaştaki bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliği 9 farklı ölçekle sınanmıştır. Ölçek 14 olumlu maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçekten en düşük 14 puan alınabilmekte, en yüksek ise 70 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek mental (psikolojik) iyi oluşa işaret etmektedir. Türkçe'ye uyarlaması Kendal (2015) tarafından yapılmıştır.

A İş Stresi Ölçeği 20

A İş Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen's, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Tatar (2020) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. Geliştirilen ölçekle kurumdaki stres düzeylerini ölçme amaçlanmaktadır. Tek boyuttan oluşan A İş Stresi Ölçeği-20'nde ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin bütün hali için Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçek Likert tipi bir ölçek olarak 5 tane puan seçeneği üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekte iş ve iş ortamı ile ilgili 20 sorudan oluşan bazı ifadeler verilmiştir. Puanlama Hiç Uygun Değil=1, Uygun Değil=2, Kararsızım=3, Biraz Uygun=4, Tamamen Uygun=5. şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 20-100 arasındadır (Tatar, 2020). Ölçekten alınan puanların yüksekliği, iş stresinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Verilerin Toplanması

Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra üniversite hastanesinde tüm birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarına ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak çalışmada yer almak isteyen sağlık çalışanlarına anket formları verildi. Anketlerin doldurulması sırasında katılımcıların soru sormalarına izin verildi. Anketlerin doldurulması sırasında, COVID-19 tedbirlerine uygun davranılmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for window 25.0 programı

kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel metodları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermediği için sürekli değişkenler bakımından gruplar arasında farklılık olup olmadığı, iki grup olduğunda Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. P değeri %95 güven aralığında .05'in altında anlamlı kabul edildi (Bayram, 2004).

Etik Prosedür

Araştırma için aynı üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 14.06.2021 tarih ve 221/269 protokol numaralı Etik Kurul onayı ile Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden E-97594401-804.0173399 nolu kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden çalışma öncesinde sözlü onamlar alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 332 kişinin; yaş ortalaması 35.3 tür, %60.8'i kadın, %70.5'i evli, %33.1'i lisans üstü, %25.9'u lisans ve %19'u lise mezunudur. Çalışmaya katılanların oranları sırasıyla %28.9'u hemşire, % 25.3'ü doktor, % 15.1'i hastabakıcı, temizlik personeli, %10.8'i sağlık teknikeri, teknisyeni, % 9.9'u tıbbi sekreter, büro personeli ve % 9.9'u diğer sağlık çalışanından (biyolog, diyetisyen, eczacı, ebe) oluşmuştur. Hastane personelinin çalışma ortamının fiziksel çevresine yönelik değerlendirmeleri ile ilgili bulgular incelendiğinde; bireylerin % 31.3'ünün çalışma ortamındaki gürültü düzeyinin çok fazla olduğunu, % 60.2'sinin ısı düzeyinin orta, %53.9'unun aydınlatma düzeyinin orta, % 47.6'sının günışığı alma (pencereden) düzeyini çok az, % 35.2'sinin havalandırma düzeyini orta olarak tanımladıkları görülmüştür. Çalışma kapsamında sorulan, çalışma ortamının psikososyal çevreye yönelik etkenleri nasıl değerlendirdikleri sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, çalışanların % 36.4'ü iletişim düzeyini orta, % 38.9'u ekip çalışması düzeyini iyi, % 34.6'sı çalışma süresi düzeyini orta, %33.4'ü sosyal destek düzeyini orta, % 34'ü ücret düzeyini kötü, % 44.9'u karar verme süreçlerine katılma düzeyini orta, % 46.7'si denetim süreçlerine katılma düzeyini orta, % 37.3'ü kariyer gelişimi imkanı düzeyini orta, % 44.9'u kurumsal kültür düzeyini orta olarak tanımlamışlardır.

Tablo 1. Hastane Personelinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş stresi, Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş, Maslach Duygusal Tükenme, Maslach Duyarsızlaşma, Maslach Kişisel Başarı Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Analizi (n=332)

Değişkenler		İş stresi			İyi Oluş			Maslach-DT			Maslach-DY			Maslach-KB		
		N	Ort±Ss	p	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P
Cinsiyet	Kadın	202	61.5±15.3	0.808	202	50.0±9.99	0.952	202	20.0±7.43	0.152	202	6.50±4.17	0.634	202	20.0±4.37	0.299
	Erkek	130	62.0±16.6		130	49.5±11.1		130	18.5±8.86		130	7.0±4.85		130	21.0±5.49	
Medeni Durum	Evli	234	61.0±15.2	0.167	234	51.0±10.2	0.036	234	19.0±7.86	0.016	234	6.0±4.36	0.065	234	20.0±4.74	0.069
	Bekar	96	64.5±16.9		96	48±10.7		96	22.0±8.18		96	7.0±4.43		96	19.0±5.03	
Öğrenim	İlköğrenim	15	65.0±16.9	0.036	15	57.0±12.2	0.000	15	20.0±9.27	0.021	15	7.0±4.86	0.099	15	20.0±5.0	0.131
	Lise	58	60.0±14.7		58	51.0±9.92		58	18.5±7.80		58	7.0±3.97		58	21.0±4.1	
	Önlisans	63	58.0±17.9		63	52.0±9.39		63	17.0±7.25		63	5.0±4.29		63	18.0±5.2	
	Lisans	86	60.0±16.4		86	51.0±9.88		86	20.0±8.19		86	6.5±4.48		86	20.0±4.6	
	Lisansüstü	110	65.0±14.1		110	46±10.6		110	22.0±8.09		110	7.0±4.60		110	20.0±16.9	
Gelir Grupları	Gelir Giderden Fazla	31	61.0±17.1	0.322	31	52.0±12.7	0.363	31	17.0±9.6	0.671	31	6.0±4.4	0.160	31	20.0±4.2	0.396
	Gelir Gidere Denk	115	61.0±16.4		115	50.0±10.1		115	20.0±7.7		115	6.0±4.4		115	20.0±4.9	
	Gelir Giderden Az	185	31.0±15.1		185	50.0±10.2		185	20.0±7.9		185	7.0±4.4		185	20.0±4.8	

Tablo 2'de hastane personelinin sosyodemografik özelliklerine göre İş stresi, Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş, Maslach Duygusal Tükenme, Maslach Duyarsızlaşma, Maslach Kişisel Başarı Ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın analizinde, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre, bekarlarda duygusal tükenme düzeyi evlilere göre daha yüksek bulunmuştur ($X=22.0\pm 8.18$). Yine, öğrenim grupları arasında iş stresi düzeyleri bakımından fark vardır ($p=0.036$). İş stresi ilköğretim ($X=65.0\pm 16.9$) ve lisansüstü mezunlarında ($X=65.0\pm 14.1$) yüksek

bulunmuştur. Öğrenim grupları arasında Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre, iyi oluş düzeyi ilköğretim mezunlarında yüksek bulunmuştur ($X=57.0\pm 12.2$). Öğrenim grupları arasında Maslach Duygusal Tükenme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0.021$). Bu doğrultuda, lisansüstü mezunlarında duygusal tükenme düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu anlaşılmıştır ($X=22.0\pm 8.09$) (Tablo 2).

Tablo 3. Hastane Personelinin Çalışma Ortamındaki Fiziksel Çevre Faktörlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Analizi (n=332)

Değişkenler		İş stresi			İyi Oluş			Maslach-DT			Maslach-DY			Maslach-KB		
		N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P
Gürültü	Fazla	199	65.0±15.1	0.000	199	49.0±10.7	0.183	199	21.0±8.0	0.001	199	7.0±4.6	0.348	199	20.0±4.9	0.917
	Orta	97	60.0±13.7		97	50.0±9.4		97	19.0±7.2		97	7.0±4.0		97	20.0±4.4	
	Az	36	46.0±18.4		36	53.0±11.3		36	15.0±8.6		36	6.0±4.2		36	20.0±5.2	
Isı	Fazla	33	65.0±14.5	0.411	33	51.0±9.1	0.943	33	19.0±8.3	0.964	33	7.0±4.9	0.527	33	19.0±5.2	0.723
	Orta	200	61.0±16.7		200	50.0±11.0		200	20.0±8.2		200	6.0±4.3		200	20.0±4.8	
	Az	99	62.0±14.2		99	49.0±9.6		99	21.0±7.5		99	7.0±4.4		99	19.0±4.7	
Aydınlatma	Fazla	104	62.0±16.2	0.019	104	49.0±11.1	0.192	104	22.0±8.2	0.029	104	7.0±5.0	0.030	104	20.0±5.2	0.368
	Orta	179	60.0±15.7		179	51.0±9.8		179	19.0±8.0		179	6.0±4.0		179	20.0±4.6	
	Az	49	67.0±14.1		49	49.0±10.9		49	22.0±7.2		49	7.0±4.1		49	19.0±4.6	
Gün Işığı Alma (pencereden)	Fazla	32	49.0±19.6	0.001	32	52.0±11.1	0.172	32	15.5±7.4	0.015	32	5.5±4.6	0.224	32	19.5±5.0	0.492
	Orta	71	61.0±16.1		71	49.0±10.5		71	20.0±8.6		71	7.0±4.6		71	19.0±5.1	
	Az	229	63.0±14.6		229	50.0±10.3		229	20.0±7.8		229	7.0±4.3		229	20.0±4.7	
Havalandırma	Fazla	40	47.5±16.8	0.000	40	55.5±11.4	0.004	40	14.0±7.6	0.001	40	5.0±4.2	0.030	40	22.0±6.0	0.186
	Orta	117	62.0±15.3		117	49.0±10.7		117	21.0±8.3		117	7.0±4.4		117	20.0±4.4	
	Az	175	65.0±14.7		175	50.0±9.7		175	20.0±7.6		175	7.0±4.4		175	20.0±4.7	

Tablo 3'de hastane personelinin çalışma ortamındaki fiziksel çevre faktörlerini değerlendirme durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın analizinde Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, gürültü ve iş stresi bakımından fark vardır ($p < 0.05$). Buna göre, çalışma ortamında gürültü düzeyini fazla bulanlarda iş stresi ve duygusal tükenme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamının aydınlatma düzeyi ile iş stresi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.019$). Aydınlatma ile Maslach Duygusal Tükenme ($p = 0.029$) ve Maslach Duyarsızlaşma ($p = 0.030$) puan ortalamaları arasında fark olduğu görülmüştür. Aydınlatma düzeyini az bulan çalışanların iş stresi ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek, aydınlatma düzeyini fazla bulanlarda iyi oluş düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamının günışığı alma (pencereden) durumu ile çalışanların iş stresi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır ($p = 0.001$).

Yine gün ışığı alma ile Maslach Duygusal Tükenme puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p = 0.015$). Gün ışığı alma düzeyini az bulanlarda iş stresi ve duygusal tükenme yüksek bulunmuştur. Havalandırma ile iş stresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmıştır ($p = 0.000$). Yine, havalandırma düzeyi ile Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş puan ortalamaları arasında da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p = 0.004$). Aynı şekilde havalandırma düzeyi ile Maslach Duygusal Tükenme puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p = 0.001$). Aynı şekilde, havalandırma düzeyi ile Maslach Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.030$). Havalandırma düzeyini az bulan çalışanların, iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, fazla bulanlarda ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3)

Tablo 4. Hastane Personelinin Çalışma Ortamındaki Psikososyal Çevre Faktörlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Analizi (n=332)

Değişkenler		İş stresi			İyi Oluş			Maslach-DT			Maslach-DY			Maslach-KB		
		N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P	N	Ort±Ss	P
Çalışanlar Arası İletişim	Kötü	51	71.0±12.2	0.000	51	47.0±11.4	0.000	51	24.0±6.9	0.000	51	8.0±4.2	0.000	51	19.0±5.1	0.008
	Orta	121	67.0±14.2		121	47.0±9.9		121	20.0±7.6		121	7.0±4.4		121	19.0±4.5	
	İyi	160	56.0±15.1		160	53.0±9.7		160	18.0±7.9		160	6.0±4.4		160	21.0±4.8	
Ekip Çalışması	Kötü	48	74.5±12.4	0.000	48	47.0±11.3	0.000	48	24.5±6.4	0.000	48	9.0±4.6	0.000	48	20.5±4.5	0.002
	Orta	109	67.0±13.8		109	47.0±10.6		109	20.0±8.1		109	7.0±4.6		109	18.0±4.4	
	İyi	175	56.0±15.2		175	53.0±9.4		175	18.0±7.7		175	5.0±3.9		175	21.0±5.0	
Çalışma Süresi	Kötü	137	70.0±14.1	0.000	137	45.0±9.8	0.000	137	25.0±6.4	0.000	137	8.0±4.4	0.000	137	19.0±4.4	0.000
	Orta	115	59.0±13.4		115	51.0±9.1		115	19.0±7.0		115	7.0±3.9		115	20.0±4.9	
	İyi	80	52.5±15.9		80	55.0±9.8		80	13.0±7.2		80	4.0±3.8		80	22.0±4.8	
Sosyal Destek	Kötü	186	67.0±13.9	0.000	186	46.5±10.5	0.000	186	23.0±7.2	0.000	186	7.0±4.3	0.000	186	19.5±5.0	0.210
	Orta	92	59.0±14.7		92	51.0±7.8		92	17.0±7.5		92	6.0±4.1		92	20.0±4.0	
	İyi	54	51.5±16.4		54	55.5±10.4		54	13.0±7.1		54	5.0±4.3		54	20.5±5.2	
Ücret	Kötü	211	66.0±14.5	0.000	211	47.0±10.4	0.000	211	22.0±7.2	0.000	211	8.0±4.3	0.000	211	19.0±5.0	0.013
	Orta	102	56.0±15.9		102	54.0±8.4		102	16.0±7.5		102	6.0±3.7		102	20.5±4.4	
	İyi	19	55.0±17.7		19	57.0±8.1		19	12.0±7.8		19	3.0±5.5		19	22.0±3.9	
Karar verme süreçlerine katılma	Kötü	106	70.0±15.0	0.000	106	45.5±11.2	0.000	106	22.0±7.5	0.000	106	7.0±4.7	0.000	106	18.0±5.5	0.000
	Orta	149	62.0±13.8		149	50.0±9.6		149	19.0±7.4		149	7.0±4.1		149	19.0±4.1	
	İyi	77	55.0±15.6		77	55.0±8.2		77	16.0±8.1		77	5.0±3.9		77	23.0±4.5	
Denetim süreçlerine katılma	Kötü	120	69.5±15.1	0.000	120	46.0±10.4	0.000	120	22.0±7.7	0.000	120	7.0±4.7	0.000	120	19.5±5.1	0.006
	Orta	155	61.0±14.7		155	50.0±10.1		155	20.0±7.3		155	7.0±4.0		155	20.0±4.5	
	İyi	57	55.0±15.8		57	55.0±7.8		57	14.0±8.6		57	4.0±3.5		57	22.0±4.5	
Kariyer Gelişimi İmkani	Kötü	155	67.0±14.7	0.000	155	47.0±10.6	0.000	155	22.0±7.4	0.000	155	7.0±4.6	0.000	155	19.0±5.2	0.047
	Orta	124	61.0±15.0		124	51.0±10.1		124	19.0±7.6		124	6.0±4.1		124	20.0±4.3	
	İyi	53	51.0±15.9		53	53.0±8.9		53	14.0±7.4		53	5.0±3.7		53	21.0±4.4	
Kurumsal Kültür	Kötü	115	72.0±14.3	0.000	115	45.0±10.7	0.000	115	24.0±7.5	0.000	115	8.0±4.7	0.000	115	19.0±5.4	0.006
	Orta	149	61.0±13.1		149	50.0±9.9		149	19.0±6.9		149	6.0±4.1		149	20.0±4.1	
	İyi	68	51.0±15.5		68	55.0±7.7		68	14.0±7.4		68	5.0±3.4		68	21.5±4.7	

Tablo 4'de Hastane personelinin çalışma ortamındaki psikososyal çevre faktörlerini değerlendirme durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın analizinde Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Çalışanlar arası iletişim ile İş Stresi, Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Çalışanlar arası iletişim ile Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.002$). Çalışanlar arası iletişim

düzeyini kötü olarak tanımlayanların iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, iyi olarak tanımlayanların ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ekip çalışması ile İş Stresi, Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Çalışanlar arası iletişim ile Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.002$). Ekip Çalışması düzeyini kötü olarak tanımlayanlarda iş

stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yüksek, iyi olarak tanımlayanlarda ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Çalışma süresi ile İş Stresi, Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır ($p<0.05$). Çalışma süresi düzeyini kötü olarak tanımlayanlarda iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, iyi olarak tanımlayanlarda ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Sosyal destek ile İş Stresi, Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0.05$). Sosyal destek düzeyini kötü olarak tanımlayanlarda iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, iyi olarak tanımlayanlarda ise iyi oluş puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Çalışanların ücret durumları ile İş Stresi, Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmıştır ($p<0.05$). Aynı şekilde, ücret ile Maslach Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.013$). Ücret düzeyini kötü olarak tanımlayanlarda iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yüksek, iyi olarak tanımlayanlarda ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Karar verme süreçlerine katılma ile İş Stresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0.001$). Karar verme süreçlerine katılma ile Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Karar verme süreçlerine katılma düzeyini kötü olarak nitelendirenlerde iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, iyi olarak nitelendirenlerde ise iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Denetim süreçlerine katılma ile İş Stresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.001$). Yine, denetim süreçlerine katılma ile Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Denetim süreçlerine katılma ile Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.006$). Denetim süreçlerine katılma düzeyini kötü olarak nitelendiren çalışanların iş

stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek, iyi olarak nitelendirenlerde ise iyi oluş ve kişisel başarı düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Kariyer gelişimi imkanı ile İş Stresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.001$). Kariyer gelişimi imkanı ile Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık çıkmıştır ($p<0.05$). Kariyer gelişimi imkanı ile Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.047$). Kariyer gelişimi imkanı düzeyini kötü olarak nitelendiren çalışanların iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek, iyi olarak nitelendirenlerin ise iyi oluş ve kişisel başarı düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Çalışanların kurumsal kültür değerlendirmeleri ile İş Stresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.001$). Kurumsal kültür ile Mental İyi Oluş, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı şekilde kurumsal kültür ile Kişisel Başarı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık çıkmıştır ($p=0.006$). Kurumsal kültür düzeyini kötü olarak nitelendiren çalışanların, iş stresi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek, iyi olarak nitelendirenlerde ise iyi oluş ve kişisel başarı düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda, hastanenin fiziksel ve psikososyal çevresinin niteliğinin, çalışanların iş stresi, iyi oluş ve tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır. Sağlık hizmeti, aşırı iş yükü, zor hastalarla uğraşma, hastaların tedavisine ilişkin belirsizlik ve sayısız iş sağlığı ve güvenliği tehlikeleri ile özünde stresli bir meslektir (Mosadeghrad, 2014). İş ortamındaki tüm bu sorunlar, çalışan bireylerin stres yaşamasına yol açmaktadır. İş stresi ve çalışanın performansı arasında doğrusal bir ilişki olduğu ve çalışma koşullarının, performansın artmasında çok önemli olduğu belirtilmiştir (Abu Al Rub ve AL-Zaru, 2008; Koys, 2001). Bireyin iş doyumunu, çevresel, bireysel ve psikolojik olarak pek çok faktörden etkilenebilir (Dugguh ve Ayaga, 2014). Tüm bunlar iş ortamına bağlı olarak çalışanlarda tükenmişliğe yol açabilmektedir (Alıdosti vd., 2016).

Bu araştırmada yer alan çalışanların, hastane fiziksel çevresi olarak tanımlanan gürültü, ısı, aydınlatma, gün ışığı alma ve havalandırma gibi özelliklerle ilgili değerlendirmelerinde, özellikle gürültü düzeyini çok fazla olarak, gün ışığını (pencereden) alma düzeyini ise çok az olarak ifade etmişlerdir. Bunların dışında hastanenin aydınlatma, ısı ve havalandırma düzeylerinin orta olarak tanımlandığı görülmüştür. Gürültünün çok fazla olarak algılanması, özellikle uzun dönemde farklı fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Malak Akgün ve Akgün, 2016). Aynı şekilde gürültü seviyesinin yüksekliğinin sağlık personelinin hatalarının artmasına yol açtığı bildirilmiştir (Heydari vd., 2013). Oysa özellikle hastane ortamındaki gürültü kirliliğinin bir takım mühendislik yöntem ve düzenlemeleri doğrultusunda önlenilebileceği ya da kontrol edilebileceği de belirtilmiştir (Alıdostı vd., 2016). Hastane çalışanlarının pek çoğu gün ışığından yararlanma düzeyini düşük ifade etmişlerdir. Bu durum farklı sağlık sorunlarına yol açabilir. Özellikle sirkadiyen ritmin bozulmasına neden olabilir. Oysa gün ışığı, hem hasta hem de çalışan sağlığı açısından koruyucu bir faktör olmasının yanı sıra sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde de çok önemlidir (Münch vd., 2020). Çalışma ortamının fiziksel özellikleri kadar psikososyal çevresi de bireyler üzerinde önemli etkiler oluşturulabilir. Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde, çalışanların, çalışma ortamındaki iletişimi, çalışma süresini, sosyal desteği, karar verme süreçlerine katılmayı, denetim süreçlerinde yer almayı, kariyer gelişim ve kurumsal kültürü orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Konuyla ilgili olarak yapılan meta analiz çalışmasında da karar alma ve inisiyatif alma, sosyal destek, ödül dengesizliği, iş güvencesinin yetersiz olmasının bireylerde ruhsal sorunların oluşmasında önemli yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Stansfeld ve Candy, 2006). Çalışanın iş ortamı üzerindeki kontrolünün düşük olmasının bireylerde hem fiziksel hem psikolojik bazı sorunlara yol açabileceği belirtilmiştir (Stansfeld ve Candy, 2006). Kadın hemşireler üzerinde ileriye dönük yapılan bir başka çalışmada, düşük iş kontrolü ve düşük sosyal desteğin, fiziksel işlev ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (Cheng, vd., 2000). Bundan farklı olarak ruh sağlığı çalışanlarında yapılan araştırmaya göre, erkek çalışanların duygusal tükenme puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alqarni vd., 2022).

Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyodemografik özellikleri ile tükenmişlik, iş stresi, mental iyi oluş puanları arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Buna göre, bekarların duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yine hastanede çeşitli meslek çalışanları ile yapılan bir araştırmada, bekarlarda evlilere göre daha yüksek duygusal tükenmişlik yaşandığı ortaya çıkmıştır (Tekir vd., 2016). Evli bireylerin sosyal ilişkileri yönetmekte ve sorunlarla baş etme konusunda bekarlara göre daha fazla deneyim sahibi olmaları bu sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen bir başka sonuç, lisansüstü eğitime sahip olan bireylerde duygusal tükenme puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yine, ilköğretim ve lisansüstü mezunlarının iş stresi düzeyleri daha fazla bulunmuştur. Bu iki grupta iş stresinin yüksek çıkmasında farklı değişkenler etkili olabilir. Eğitim seviyeleri doğrultusunda mesleki rol ve sorumlulukların farklılaşmasına bağlı böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Bulgularımızdan farklı olarak Karakuş (2019), lise mezunlarına göre lisans mezunu olan hemşirelerde iş stresi düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir. Benzer olarak, Erşan ve arkadaşları (2013), lisansüstü mezunu olan sağlık çalışanlarının iş stresi puanının, ortaöğretim, ön lisans ve lisans mezunlarına göre anlamlı derecede düşük çıktığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada, çalışanların iyi oluş düzeyleri ile ilgili farklılık elde edilmiştir. Buna göre, ilköğretim mezunlarının iyi oluş düzeyleri daha fazla, lisansüstü mezunlarının iyi oluş düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Bu bulgudan farklı olarak Gökbulut ve Bal (2021), internet tabanlı olarak yürüttükleri araştırmalarında, lisansüstü mezunlarında iyi oluş düzeyini yüksek olarak saptamışlardır. Bu çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olanlarda genellikle iş stresinin yüksek, iyi oluş düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi yüksek olan çalışanların çalışma alanları, yetki ve sorumluluklarında artış söz konusu olabileceği için iş stresinde artma ve devamında iyi oluş düzeyini de olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre çalışanların iş ortamındaki gürültü düzeyi ile iş stresi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre, gürültü düzeyini yüksek olarak değerlendiren çalışanların iş stresi ve duygusal

tükenme puanları yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, hastanelerde operasyon odalarındaki yüksek gürültünün çalışanların yargılama ve performanslarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Dholakia vd., 2015). İş ortamının fiziksel koşulları çalışanların stres düzeylerini ve dolaylı olarak farklı bedensel hastalıklara yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (Thayer vd., 2010). Aynı şekilde aydınlatma, gün ışığından yararlanma, havalandırma durumları ile ilgili sorun ifade eden çalışanların iş stresi ve duygusal tükenme puanları da yüksek bulunmuştur. Havalandırma düzeyini yeterli olarak değerlendirenlerin iyi oluş ve kişisel başarı düzeyleri yüksek çıkmıştır. Çalışma çevresindeki gürültü, gün ışığının yetersizliği, havasızlık gibi olumsuz özellikler, bireylerin farklı düzeylerde hem bedensel hem psikososyal sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Özellikle olumsuz ortamda çalışan bireylerde iş stresi ve koroner kalp hastalığının ortaya çıkmasına neden olabileceği belirtilmiştir (Thayer vd., 2010).

Çalışma ortamının psikososyal faktörleri ile ölçek puan ortalamalarının sonuçları değerlendirildiğinde dikkat çekici sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre, çalışanlar arası iletişim, ekip çalışması, çalışma süresi, ücret, karar verme süreçlerine katılma, denetim süreçlerine katılma, kariyer gelişimi imkanı, kurumsal kültür düzeyini kötü olarak nitelendirenlerin ise iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek ve iyi olarak nitelendirenlerin iyi oluş ve kişisel başarı puan ortalama düzeyleri yüksek bulunmuştur. Talep kontrol teorisine göre, bir çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunun yüksek olması iş doyumunu artırabileceği, iş yerinde çaba ve ödül mekanizmaları iyi işletilmiyorsa ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği belirtilmiştir (Hsu, 2019). Yine aynı teoriye göre, çalışanların iş stresini düşürmek ve dengeli bir seviyede olabilmesi bireyin kontrol duygusunu artırmaya yönelik bir planlama yapılması gerektiği, kaynak sağlama, öz yeterliliği ve sosyal desteğin güçlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır (Hsu, 2019).

Sağlık çalışanlarının, örgütsel faktörler, işle ilgili taleplerin çok olması, sosyal desteğin dengesizliği veya bunların herhangi bir bileşimi sonucunda, işle ilgili strese maruz kalabildikleri vurgulanmıştır (Babanataj vd., 2019). Sosyal desteği kötü olarak nitelendiren çalışanların iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma

puanları yüksek, iyi olarak nitelendirenlerin ise iyi oluş düzeyleri yüksek çıkmıştır. Atasoy ve Yorgun (2013)'un sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada yaş gruplarına, kurumdaki ünvanlarına ve eğitim durumuna göre sosyal destek seviyesinde değişimler olduğu, gençlerde ve eğitim seviyesi daha düşük olanlarda sosyal desteğin düşük olduğu ve bunun da iş stresini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Özcan ve arkadaşları (2015) ise sosyal destek eksikliği ile iş stresindeki artış arasındaki ilişkinin özellikle kadın çalışanlarda daha belirgin olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur. Türkiye'de sağlık çalışanları üzerinde yapılan iki farklı araştırmada gelir durumu düşük olan gruplarda iş stresi ölçeği (Akbolat ve Işık, 2008) ve tükenmişlik alt boyutlarından (Çamkerten vd., 2020) alınan puanların anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Işıkhan ve arkadaşları (2004), hemşirelerde yaptıkları çalışmada, terfide adaletsizliğin, görevler arasında dengesizliğin, meslektaşlar ile çatışmanın, takdir edilmemenin, uzun ve yorucu çalışma saatlerinin ve personel eksikliğinin iş stresinde artışa neden olduğunu belirtmişlerdir. Tel ve arkadaşları (2003) sağlık çalışanların iş stresi yaşamalarında, iş yükünün fazla olması, ekip üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim sorunları, personel ve malzeme yetersizliği gibi sorunların neden olduğu belirtilmiştir. İşyerine bağlılık, güven, işteki sosyal topluluk, liderlik kalitesi, öngörülebilirlik, rol netliği, iş-yaşam dengesi gibi psikososyal faktörler, iş stresinin belli bir dengede kalmasında önemlidir (Hsu, 2019). Bununla birlikte iş stresi genellikle kronik bir stresör olarak kabul edilir. Uzun dönemde, psikolojik sağlık, performans ve çalışma isteği üzerinde ek etkilerle birlikte fiziksel sağlık ve psikolojik sağlığı da etkilemektedir (Hsu, 2019).

Hastanelerdeki çevresel etkenlerde düzenlemeler yapılmasıyla hassas ve önem arz eden, iş yükü ağır bir alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının refahı artırılarak stres ve psikolojik yıpranma dereceleri azaltılabilir. Çalışmamızda fiziksel çevrede özellikle gürültü ve havalandırma etkenlerinin sağlık çalışanları üzerindeki olumsuz etkilerinin öne çıktığı görülmüştür. Araştırma sonuçları doğrultusunda, hastanede farklı birimlerde çalışan bireylerin iş performansını, meslekteki verimliliği doğrudan etkileyeceği düşünülen fiziksel ve psikososyal çevre koşullarının iyileştirilmesi ve gereksinimler doğrultusunda düzenlemelere gidilmesi önerilir.

Sınırlılıklar

Araştırma Aydın İl Merkezinde üniversiteye bağlı bir hastanede yapılmıştır. Ayrıca araştırma sonuçları kullanılan ölçme araçları ile sınırlıdır.

KAYNAKLAR

- AbuAlRub RF, AL-Zaru IM. Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. *J Nurs Manag.* 2008; 16(3): 227-236. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00810.
- Akbolat M, Işık O. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2008; 11 (2): 231-254 .
- Akova İ, Kiliç E, Sümer H, Keklikçi T. Prevalence of sick building syndrome in hospital staff and its relationship with indoor environmental quality. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022; 32(6): 1204-1219. doi: 10.1080/09603123.2020.1862067.
- Albala L, Bober T, Hale G, Warfield B, Collins ML, Merritt Z, Steimetz E, Nadler S, Lev Y, Hanifin J. Effect on nurse and patient experience: overnight use of blue-depleted illumination. *BMJ Open Quality.* 2019; 8(3): e000692
- Alidosti M, Babaei Heydarabadi A, Baboli Z, Nazarbigi H, Mobasher M. Association between job burnout and noise pollution among nurses in Behbahan city, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2016; 18(2): 103-108. doi: 10.22038/jfmh.2016.6676
- Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *Int. J. Nurs. Stud.* 2005; 42(5): 549-555.
- Alqarni AS. A comprehensive review on properties of sustainable concrete using volcanic pumice powder ash as a supplementary cementitious material. *Construction and Building Materials.* 2022; 323126533. Doi:10.1016/j.conbuildmat.2022.126533
- Ataman G, Kurşunluoğlu YE. Hastane türlerine göre hasta memnuniyetini ve hastane seçimini etkileyen unsurlar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2018; 21 (2): 273-288.
- Atasoy A, Yorgun S. Sağlık çalışanlarında iş gerilimi ve iş stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.* 2013; 6 (2): 71-88.
- Babanataj R, Mazdaran IS, Hesamzadeh A, Gorji MH, Cherati JY. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *Int J Nurs Pract.* 2019; 25. doi.org/10.1111/ijn.126976of6
- Bayram N. Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi. 1. Basım. Ezgi Kitapevi. Bursa, 2004.
- Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015; 52(2): 635-648.
- Cheng Y, Kawachi I, Coakley E, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: Prospective study. *BMJ.* 2000; 320:1432-1436.
- Çamkerten S, Tatar A, Saltukoğlu G. Sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 2020; 7 (4): 257-265 .
- Dholakia S, Jeans JP, Khalid U, Dholakia S, D'Souza C, Nemeth K. The association of noise and surgical-site infection in day-case hernia repairs. *Surgery.* 2015; 157:1153e1156
- Dugguh SI, Ayaga D. Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations. *IOSR J. Bus. Econ. Manag.* 2014; 16(5): 11-18.
- Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. R. Bayraktar ve İ. Dağ (Ed.) VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları: 1992 Eylül 22-25; Ankara: VII Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. 1993: 143- 154
- Ergün G. Sağlık işletmelerinde örgütsel stresin işgücü performansı ile etkileşiminin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, 2008. İzmir.
- Erdoğan E. Çevre ve kent estetiği. *ZKÜ BAROFD.* 2006; 8(9): 68-77.
- Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2013; (14):115-121. doi: 10.5455/apd.34482
- Gökbulut N, Bal Z. Mental iyi oluşun sağlıklı yaşam farkındalığıyla ilişkisi. *Anatolian J Health Res.* 2021; 2(2): 51-56.
- Heydari HR, Mohebi S, Paidari N, Ramouz P, Nayebi T, Omrani D. Noise exposure assessment among nurses in qom educational hospitals in 2012, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal.* 2013; 7(6): 46-53.
- Hofmann PB. Stress among healthcare professionals calls out for attention. *Journal of Healthcare Management.* 2018; 63(5): 294-297, doi: 10.1097/JHM-D-18-00137
- Hsu H-C. Age Differences in Work Stress, Exhaustion, Well-Being, and Related Factors From an Ecological Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019; 16: 50 doi:10.3390/ijerph16010050
- Isikhan V, Comez T, Danis ZM. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2004; 8(3): 234-244.
- Janowitz IL, Gillen M, Ryan G, Rempel D, Trupin L, Swig L, Mullen K, Rugulies R, Blanc PD. Measuring the physical demands of work in hospital settings: design and implementation of an ergonomics assessment. *Appl. Ergon* 2006; 37(5): 641-658.
- Jeanne MS, Beryl AS, Deborah FK, Sheilah HJ. Workplace organizational and psychosocial factors associated with return-to-work interruption and reinjury among workers with permanent impairment. *Ann. Work Expo. Health.* 2021; 65(5): 566-580.
- Karakuş Ç. Çalışma hayatında iş tatmini ve iş stresi: Özel bir hastanede çalışan hemşireler üzerine bir araştırma. Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2019; 3 (1): 92-104.
- Kendal G. Warwick-Edinburgh mental iyi oluş ölçeğinin Türkçe formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *JOHAH.* 2015; 3(1):103-115.
- Kocabaş F, Aydın U, Canbey Özgür V, İlhan MN, Demirkaya S, Ak N, Özbaş Ç. Çalışma ortamında psikososyal risk etmenlerinin iş kazası, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıklarla ilişkisi. *Sosyal Güvence.* 2018; 14: 28-62. doi: 10.21441/sguz.2018.68.
- Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2008; (9): 132-138.
- Koys D. The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behavior, and turnover on organizational effectiveness: A unit-level, longitudinal study. *Pers Psychol.* 2001; 54(1): 101-114.
- Malak Akgün B, Akgün M. Koruyucu ruh sağlığı bakımından hastane gürültü kontrolünde multidisipliner çalışmanın önemi. *TAF Prev Med Bull.* 2016; 5(6): 583-587. doi: 10.5455/pmb.1-1452435404.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J. Organ. Behav.* 1981; 2(2): 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
- Mosadeghrad AM. Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. *Leadersh Health Serv.* 2014; 27(3): 224-239. doi: 10.1108/LHS-07-2013-0032
- Münch M, Wirz-Justice A, Brown SA, Kantermann T, Martiny K, Stefani O, Vetter C, Wright Jr. KP, Wulf K, Skene DJ. The role of daylight for humans: Gaps in current knowledge. *Clocks & Sleep.* 2020; 2: 61-85; doi:10.3390/clocksleep2010008.

37. Özcan EM, Ünal A, Çakıcı AB. Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya numune hastanesi saha çalışması. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 7(1):125-131.
38. Shen X, Zhang H, Li Y, Qu K, Zhao L, Kong G, Jia W. Building a satisfactory indoor environment for healthcare facility occupants: A literature review. Build Environ. 2023; 228: 109861
39. Solmaz M, Solmaz T. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilim. Derg. 2017; 6(3): 147-156
40. Soysal A. Farklı sektörlerde çalışan iş görenlerde örgütsel stres kaynakları: Kahramanmaraş ve Gaziantep'te bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009; 14(2):333-359.
41. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health- a Meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006; 32(6, special issue):443-462.
42. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi. 2006; 16 (1): 9- 14.
43. Tatar A. Madde yanıt kuramıyla A İş Stresi Ölçeği-20'nin geliştirilmesi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2020; 21(Ek sayı.1): 14-22. doi:10.5455/apd.77173
44. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Ceylan G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. Kırıkkale Üniv. Tıp Fak. Derg. 2016; 18(2): 51-63.
45. Tel H, Karadağ M. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 5(2):13-23.
46. Thayerd JF, Verkuil B, Brosschot JF, Kampschroer K, West A, Sterling C, Christie IC, Abernethy DR, Sollers JJ, Cizza G, Marques AH, Sternberg EM. Effects of the physical work environment on physiological measures of stress. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010; 17: 431-439.
47. Topbaş M, Hasırcı Tuğcu Z. Ultraviyole radyasyon ve sağlık etkileri. Evcı Kiraz ED, editör. İklim ve Sağlık. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.35-42.
48. Tortumlu M, Taş MA. İşyeri kabalgı ve mutluluk ilişkisinde iş yaşamında yalnızlığın düzenleyici etkisi. Selçuk Üniv. Sos. Bilim. Meslek Yüksekokulu Derg. 2020; 23 (2): 706-719.
49. Van Bommel W, Van den Beld G. Lighting for work: a review of visual and biological effects. Lighting Research & Technology. 2004; 36(4): 255-266.
50. Vafaeenasab M, Morowatisharifabad M, Ghaneian M, Hajhosseini M, Ehrampoush MH. Assessment of sick building syndrome and its associating factors among nurses in the educational hospitals of shahid sadoughi university of medical sciences, yazd, Iran. Glob J Health Sci. 2014; 7: 247-253
51. Wells J. The impact of stress amongst health professionals. J Ment Health. 2011; 20 (2): 111-114. doi: 10.3109/09638237.2011.556161

DERLEME / LITERATURE REVIEW

Challenges of climate health to people with disability

Francis Gregory R. Samonte¹ 

¹ Medical Society Consortium on Climate & Health (MSCCH), Washington DC

Abstract

People with disabilities (PWD) ranging from physical to mental health issues are vulnerable to environmental perturbations. The emergence of climate change as an important environmental factor in health outcome- particularly in low-income communities where health care delivery system is often inadequate- has profound effect in these individuals. Recent events in 2022 (Hurricane Ian & Fiona, western & southern plains drought, extreme heat, etc..) revealed profound effects from climate change. Increase in air pollution and heat effect are some of the environmental stressors that will exacerbate the already inadequate health care infrastructure for this vulnerable population. Current strategies aimed at people with disabilities are inadequate, and primarily geared towards addressing delivery of medical care and related services, even though health inequities and environmental social justice remain underserved. Improved health care delivery based on ADA (American Disabilities Act) should be at the forefront of this strategy.

Keywords: Climate Health, People With Disability, Air Pollution, Emergency Management, Mental Health.

Bu makaleden şu şekilde alıntı yapınız / Cite this article as: Samonte FGR. Echallenges of climate health to people with disability. Climatehealth. 2023;3(1):14-20

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Francis Gregory R. Samonte, Boston University, School of Public Health, 710
Albany St., Boston,
E-Mail: frsamont1@bu.edu



Content of this journal is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

INTRODUCTION

The emergence of climate change as an important determinant of health has created unprecedented challenges particularly amongst vulnerable populations. The impact of climate change on persons with disabilities and related disorders is more severe than others in the general population. People with disabilities represents a broad community with different needs ranging from limitations in mobility, intellectual disability, mental health issues, and profound medical needs that poses significant challenges not only in relation to their medical needs but more profoundly related to the health care infrastructure especially on marginalized and poor communities where health programs are often lagging and poorly funded (*Samonte, FR., 2022; Artiga S., et al., 2016; Zota A., et al., 2005*). These existing inequalities contribute to exacerbate the already limited access to specialized treatment and care. Furthermore, there exist limited research studies that examine climate health in persons with disabilities, even while the level of advanced health initiative, planning and programming aimed at addressing these issues remain deficient and often out modeled. The need to redesign and develop health policy strategies grounded on evidence-based data on climate health and people with disabilities can serve as an important step towards addressing these issues while looking to mitigate the negative impacts on health.

PERSON WITH DISABILITIES

Individuals with disabilities are present with varying degrees of manifestation. These conditions can take the form of physical deformities and mental health disorders, while cognitive and socio-behavioral developmental delays are common manifestations which can be severely influenced by a myriad of factors. These conditions can accelerate and lead to worsening of their condition depending on the degree and severity of exposure. For instance, the role of

environment in the form of nutrition, air, water, or climatic extremes are key determinants of health with a high degree of influence and propensity that can lead to further exacerbation of the disability. Indeed, an increase in severe weather events, air pollution and urban heat effect are some of the environmental stressors that can

potentially exacerbate their already fragile conditions. These will require increased intervention and thus lead to increased utilization of health care treatment and related services. Unfortunately, these interventions may not be readily available in communities already suffering from structural environmental health inequities. People with disabilities often face significant inequities and barriers to health care services. For instance, population studies on people with disability revealed that high-disability population areas were generally associated with longer travel times to health care services which was considered an important obstacle to health access. These factors were often associated with increase odds of poor health resources. Furthermore, many of them are faced with social barriers that hinder their development from access to education, poor employment, financial constraints, and discrimination (*Kuper H. et al, 2022; Francescutti LH, et al., 2017*). The expected constraints in health care delivery systems will only amplify the already threatened infrastructure with dire consequences on this vulnerable population.

Even as persons with disability struggle to gain access to health care services there is also a growing need to bridge the knowledge gap to understand the effects of climate change. Although significant advances in health care access have shown significant improvement, however, current landscape implicates a non-cohesive approach and significant difficulty in navigating the public and private programs to serve their various needs. In addition, the need to address studies on the effects of climate change in children with disability is badly needed and should address not only acute mental health issues following exposures on extreme climatic events but should also include developing strategies aimed at managing their health care needs following environmental perturbations. Anxiety, depression, sleep disorders are findings with enormous implication in understanding the effects of environmental perturbations after severe exposure to intense climate related events. Children are more greatly affected than adults following intense weather events (heat, storms). These findings can help in developing novel strategies in community health programs and clinical care.

Indeed, research studies aimed at children with developmental disabilities are lacking and should look to expand critical thinking on health-based system. There are few comparative studies that support empirical assessment indicating that children with disabilities are more likely to experience a greater degree of clinical problems following extreme weather events. And although the lack of research study on climate health in people with disabilities is also reflective of the inherent complexity in undertaking them, the consequences of not acting will only intensify and aggravate the inadequate resources. To mitigate these issues will require actions designed to understand, for instance, the morphology of mental health related problems against the backdrop of physical impairment or limitation. These studies should focus on understanding their capacity to respond in a rapidly changing environment. This will enable care givers and allied health professionals to be better informed and equipped in managing the needs of disabled children.

CLIMATE HEALTH IN PEOPLE WITH DISABILITIES

Air pollution, particulate matter, carbon monoxide

Climate change and air pollution influence each other through complicated mechanisms. For instance, anthropogenic activity from burning fossil fuels leads to an increase in greenhouse gas emissions which in turn changes the atmospheric chemical composition, and thus lead to poor air quality. The interrelated effect of climate change and air pollution produces a combined effect that raises the ground level ozone, resulting in increased atmospheric warming. Although the direct effect of climate change on particulate matter is less understood, air contamination by particulate matter has been extensively researched with clear implications related to poor health outcomes.

The premature development of heart and lung diseases have been clearly established with early development of chronic diseases resulting from pulmonary function being compromised to neurological impairment following reduced oxygen supply (chronic hypoxia). People with physical disability (i.e., COPD, spinal dysraphism, cerebral palsy, etc.) often have an underlying pulmonary function deficiency (Arduro-Garcia, C., et al., 2020; Landrigan P. et

al., 2018). Many of them may have varying degrees of restrictive lung disease, leading to small lung capacity and inadequate compensatory lung volume expansion when the need arises (Figure 1). These factors contribute to poor oxygen carrying capacity and ultimately lead to intolerance to prolonged physical activity, generalized weakness, and increasing severity of chronic medical conditions. The clinical spectrum related to pulmonary dysfunction is quite extensive. Furthermore, mental health can also be affected due to prolonged hypoxia. Individuals may have difficulty completing mental tasks, decreased attention and concentration span, headache, dizziness, and various degrees of neuro-cognitive impairment.

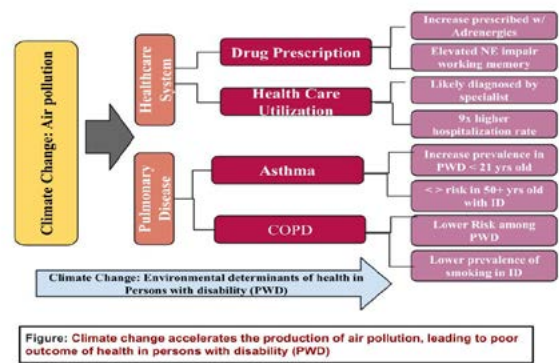


Figure 1: Effects of air pollution in people with disability

These challenges provide key factors when considering how people with disability might be affected by specific air pollutants. One of the key elements in understanding air pollution is the role of particulate matter. Particulate matter (PM_{2.5}) is a form of air pollution that contributes to climate change. These (PM_{2.5}) are tiny particles in the air that are two- and one-half microns or less in width, (comprising of solids or liquids) with the propensity to damage lungs and heart morphology when inhaled during chronic states. During severe ambient heat and elevated temperatures, particulate matter (PM_{2.5}) tends to increase exponentially. Meaning that as temperature rises, people indoors will be exposed to higher levels of particulate matter (PM_{2.5}). Fine particulate matter <2.5 μm (PM_{2.5}) air pollution is the most important environmental risk factor contributing to global cardiovascular (CV) mortality and disability (Rajagopalan, S & Landrigan, P., 2021). People with disability are highly susceptible to experience (Luo, Y., et al, 2022) 8%

increasing odds of cardiovascular associated disability for every increase of 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ in $\text{PM}_{2.5}$. Community studies conducted on people of color and racial-ethnic minorities in the United States (Tessum, CW, et al. 2021) reveal a disproportionate high levels of particulate air pollution in these communities. These health inequities in vulnerable populations are important opportunities that call for addressing disparities.

Carbon monoxide (CO) is another important source of air pollution. Although carbon monoxide is not directly attributed to climate change, however, it has an indirect effect on the concentration of greenhouse gasses such as carbon dioxide and methane. The buildup of harmful gases from emissions and air pollution lead to decrease capacity to remove these greenhouse gasses, and carbon monoxide plays an important role in this process. As extreme climatic events occur more frequently, the observable effects from carbon monoxide poisoning will lead to increase incidence of chronic diseases and neurovascular diseases. In the US, carbon monoxide poisoning affects 50,000 people a year (Rose JJ, et al., 2017). Effects in the cardiovascular and neurologic complications are well established especially in vulnerable population. In children and adults' cognitive involvement has been reported in 15-40% of patients with findings that are notable to affect cerebral white matter areas and later cerebral atrophy (Kara H, et al., 2015). In many well-designed studies on chronic exposure to reduced oxygen concentration in children, adverse events ranging from poor cognitive development to behavioral problems were consistently described. The involvement of cardiac related complications has been attributed to about 30% of patients, leading to conduction abnormalities and dysfunction. These complications are considerably more noted in disabled individuals (C. Knox-Vydmann et al., 2021). Individuals with cognitive impairment and physical disability experience higher proportions of carbon monoxide poisoning due to impaired ability to make appropriate judgment as well as challenges in mobility, making it difficult to move around and mitigate danger.

Extreme heat and related health problems

Climate variability with increasing extreme heat and prolonged, intense heatwaves have led communities in a

vulnerable state. In urban areas, higher temperatures have led to heat island effects, a phenomenon where concrete materials, roads, buildings, and heat absorbing materials re-emit and reflect the heat back into the surrounding environment. The net effect results in further increase heat intensity. Communities of color and low-income areas are more vulnerable due to outdated, old housing and building materials that amplify the heat intensity. Recent studies (Dialesandro, J., et al. 2021) in the US southwestern metropolitan areas revealed that environmental inequities in the poorest 10% of communities in urban areas were 2.2 $^{\circ}\text{C}$ (4 $^{\circ}\text{F}$) hotter than the wealthiest 10% on both extreme heat days and average summer days. The research findings support widely accepted findings on racial and ethnic health inequities. Health program initiatives in these disadvantaged communities should therefore be reevaluated, monitored, and redesigned to bridge the health disparities.

Moreover, in poor communities the problem of high population density along with fewer trees and open spaces, not only increases heat retention, but causes important human physiological response that has profound effect in health outcome. Population level studies (Samonte FR, et al., 2021) conducted in poor resource setting revealed health outcomes that threaten health care infrastructure. Record heat temperatures continue to raise awareness of the need to protect from increased body temperatures. Loss of internal temperature control can lead to heat cramps, heatstroke, and hyperthermia; conditions that are more readily encountered in individuals with physical impairment and mental health disorders. Heat waves, for instance, have been identified as important cause of dehydration that can lead to increase thrombogenesis and cerebrovascular accidents. It is also a contributing factor that can aggravate chronic pulmonary conditions, cardiac conditions, kidney disorders and psychiatric illness.

Individuals with disability are also disproportionately affected by extreme heat effects. The chronic state of their medical conditions requires them to be on multiple pharmacologic agents to manage clinical disorders. PWD individuals have significant mobility problems which makes them even more susceptible to chronic diseases. Studies (Samonte FR, et al., 2020) using predictive modeling revealed the importance of physical activity to mental health. The majority of individuals with disabilities have varying degrees of comorbidities

or medical conditions in the form of mental, cognitive, behavioral, and physical impairment. For instance, individuals with physical impairment (i.e., cerebral palsy, muscular spasticity, nerve damage, etc.) may also present with mental health and cognitive-behavioral conditions that prevent them from taking full charge of their pharmacologic treatment. In addition, adverse side effects from many of their medications can negatively exacerbate and impair their already compromise cognitive function. During extreme weather events-storms, heat wave- individuals with disability may be significantly challenged and can lead to further complications. Dehydration, medication compliance, lack of assisted support is just a few of the potential complications encountered in emergency situations. Increase susceptibility of developing catastrophic health emergency or worsening clinical outcome becomes very probable. Moreover, medications may affect their level of consciousness and can lead to medication errors (wrong dosage, missed dose, etc.) and thereby worsen their condition. Impairment in judgment should always be considered most especially during crisis management.

Climate Change and Mental Health

Problems related to mental health in PWD are expected to rise due to climate change. Challenges brought about by

climate change in mental health are expected to increase the prevalence of mental health related conditions in disabled people. Effects of air pollution, food insecurity, and extreme weather events creates unfavorable environmental conditions that have been implicated as important compounding variables that threaten further deterioration in mental health status on these individuals. Individuals with physical impairment that requires personal assistance in activities related to daily living (ADL) are significantly affected due to limitations of mobility, exposure to extreme temperatures, and are often residing in low-income communities in which social inequities are the norm.

Fundamentally, depression and anxiety are common comorbid conditions that are already higher in PWD than in the general population even without the expected perturbations from changes in the environment. PWD individuals with mood disorders are predominantly women more than men, while socio-economic status and level of education play important roles in the development of these conditions in adults. Social justice issues in the form of access to care, race (Native Americans & African American), and rural communities are more likely to present with a disability. Stress, coping behavior, and traumatic injuries are key determinants in the development of mental health disorders.

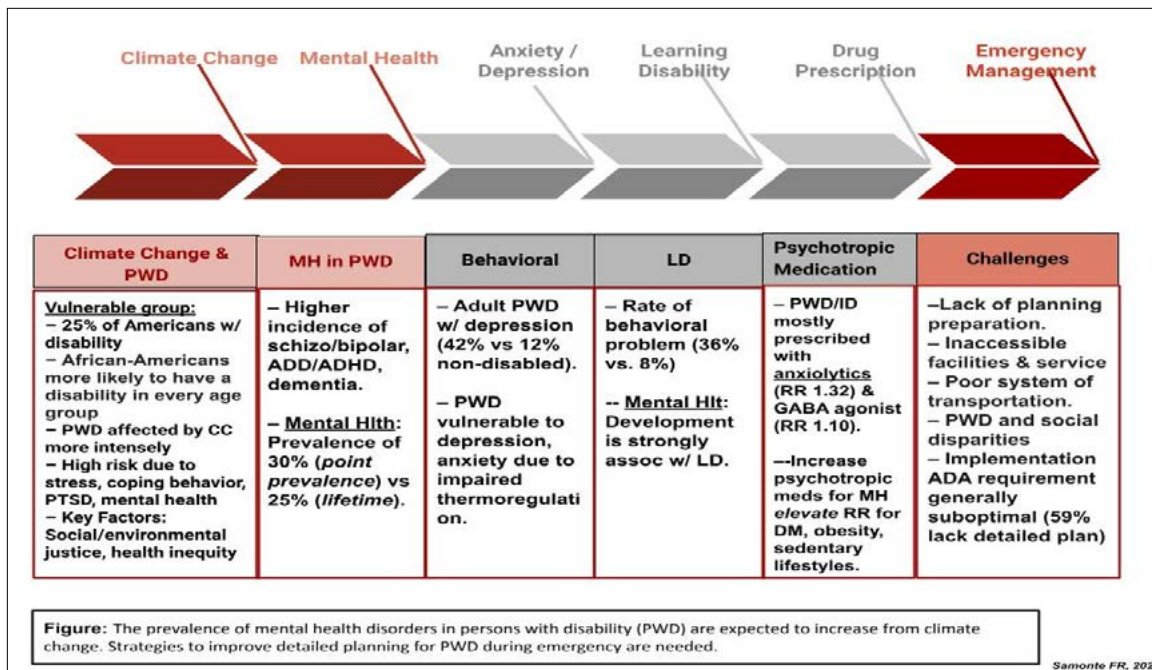


Figure 2: Climate change will exacerbate mental health in people with disability

However, studies (Veenema TG., et al. 2017) revealed that there are also key differences in the management of depression and anxiety between the general population and PWD. Management related to drug therapy in PWD is primarily based on the use of psychotropic medications (Figure 1). Anxiolytic and GABA-agonists medications are mostly prescribed to PWD with mood disorders compared to the general population. The increased use of psychotropic medication has been implicated in higher risks for the premature development of non-communicable diseases (diabetes, obesity,

cardiovascular diseases). Indeed, the increased relative risk RR (anxiolytic 1.32, GABA-agonist 1.10) provides a profoundly, clear link on the susceptibility of disabled persons to early development of chronic diseases, while simultaneously managing their mental health conditions.

Emergency Management for PWD

Evacuation centers and emergency shelters are often inadequately equipped to provide much needed assistance in helping these individuals manage their conditions (Figure 1). The general lack of implementation and pernicious efforts by various regional local government disaster agencies to properly adapt the Title II on ADA (American with Disabilities Act) have led to persistent, suboptimal management for disabled individuals during these crises. Recent studies (Gershon RR, et al., 2021) to determine the level of planning for PWD during emergency management based on the ADA (American with Disabilities Act) guidelines to the Federal Emergency Management Agency (FEMA) revealed that only 41% of the local Offices of Emergency Management (OEM) had a detailed procedures implemented, even though 63% had plans to address PWD needs. These detailed planning procedures are very important to mitigate further social and medical complications to disabled individuals. Part of the planning and implementation calls for not only adequate resources, but more importantly qualified staff to handle the emergent needs of PWD individuals. These staff should be adequately trained and familiar in providing the needed intervention (prescription requirements, drug effect, medical emergency, access to medical devices, etc.) particularly in evacuation

areas or temporary shelters. Consultation between key stakeholders, PWD community, and the local Offices of Emergency Management (OEM) are necessary prior to implementation to ensure a robust program that meets the specific guidelines and requirements.

CONCLUSION

Climate health is the greatest threat to improving health outcomes particularly to vulnerable communities and people with disabilities. The need to improve current strategies in mitigating the adverse events brought about by climate change are badly needed and should be addressed through rigorous, systematic processes—from research pursuits to improving emergency response to people with disability. Expanding the focus of research to specifically determine the effects of climate change in persons with disabilities can serve to bridge the gap in health care services while at the same time provide guidance to health clinicians and allied personnel.

REFERENCES

1. Frank Samonte, MD., PhD.. (2022, October 14). Climate Health and People with Disabilities (PWD). Disabled World. Retrieved May 2, 2023 from www.disabled-world.com/disability/emergency/climate/pwd-climate.php.
2. Zota, A., Adamkiewicz, G., Levy, J. I., & Spengler, J. D. (2005). Ventilation in public housing: implications for indoor nitrogen dioxide concentrations. *Indoor air*, 15(6), 393–401. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2005.00375.x>
3. Artiga, S., & Lyons, B. (2016). Medicaid Coverage and Access to Care for American Indians and Alaska Natives Under the Affordable Care Act. *JAMA internal medicine*, 176(6), 860–861. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1786>.
4. Hannah Kuper, Tracey Smythe, Tapiwa Kujinga, Greaterman Chivandire & Simbarashe Rusakaniko (2022) Should disability-inclusive health be a priority in low income countries? A case-study from Zimbabwe. *Global Health Action*, 15:1, 2032929, DOI:10.1080/16549716.2022.2032929.
5. Francescutti, L. H., Sauve, M., & Prasad, A. S. (2017). Natural disasters and healthcare: Lessons to be learned. *Healthcare management forum*, 30(1), 53–55. <https://doi.org/10.1177/0840470416679338>.
6. Ardura-Garcia, C., Cuevas-Ocaña, S., Freitag, N., Kampouras, A., King, J. A., Kouis, P., Mensink-Bout, S. M., Whitehouse, A. L., Williams, E., Dassios, T., Duijts, L., Ersu, R. H., Gaillard, E. A., Horsley, A. R., Proesmans, M., Rottier, R., Schramm, D., Moeller, A., & Pijnenburg, M. W. (2021). ERS International Congress 2020: highlights from the Paediatric Assembly. *ERJ open research*, 7(1), 00893-2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00893-2020>.
7. Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N. J. R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. N., Baldé, A. B., Bertollini, R., Bose-O'Reilly, S., Boufford, J. I., Breyse, P. N., Chiles, T., Mahidol, C., Coll-Seck, A. M., Cropper, M. L., Fobil, J., Fuster, V., Greenstone, M., Haines, A., Hanrahan, D., ... Zhong, M. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet (London, England)*, 391(10119), 462–512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0).

8. Rajagopalan, S., & Landrigan, P. J. (2021). Pollution and the Heart. *The New England journal of medicine*, 385(20), 1881–1892. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2030281>.
9. Luo, Y., Xue, T., Zhao, Y., Zhu, T., & Zheng, X. (2022). PM_{2.5} Air Pollution and Cardiovascular Disease-Associated Disability among Middle-Aged and Older Adults. *Global heart*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.5334/gh.1118>.
10. Tessum, C. W., Paoletta, D. A., Chambliss, S. E., Apte, J. S., Hill, J. D., & Marshall, J. D. (2021). PM_{2.5} pollutants disproportionately and systemically affect people of color in the United States. *Science advances*, 7(18), eabf4491. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abf4491>.
11. Rose, J. J., Wang, L., Xu, Q., McTiernan, C. F., Shiva, S., Tejero, J., & Gladwin, M. T. (2017). Carbon Monoxide Poisoning: Pathogenesis, Management, and Future Directions of Therapy. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(5), 596–606. <https://doi.org/10.1164/rccm.201606-1275CI>.
12. Kara, H., Bayir, A., Ak, A., & Degirmenci, S. (2015). Cerebrovascular ischaemia after carbon monoxide intoxication. *Singapore medical journal*, 56(2), e26–e28. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015030>.
13. C. Knox-Vydmanov et al. 2021. Social Protection and Older Persons with Disabilities. United Nations Children's Fund (UNICEF), International Labour Organization (ILO), United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities (UNPRPD), HelpAge International, and Asian Development Bank.
14. Dialesandro, J., Brazil, N., Wheeler, S., & Abunnasr, Y. (2021). Dimensions of Thermal Inequity: Neighborhood Social Demographics and Urban Heat in the Southwestern U.S. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 941. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030941>.
15. Samonte, F. G. R., & De Guzman, M. T. Non-Communicable Diseases (NCD) And Mental Health In The Philippines: Insights From Key Informant Interviews. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(08), 2020.
16. Samonte, F. G. R., De Guzman, M. T., Garcia Jr, F., Molina, V., & Gonzales, R. (2020). The use of predictive modeling in determining the relationship of physical activity and mental health in older adults. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(09).
17. Veenema, T. G., Thornton, C. P., Lavin, R. P., Bender, A. K., Seal, S., & Corley, A. (2017). Climate Change-Related Water Disasters' Impact on Population Health. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 49(6), 625–634. <https://doi.org/10.1111/jnu.12328>.
18. Gershon, R. R., Muska, M. A., Zhi, Q., & Kraus, L. E. (2021). Are local offices of emergency management prepared for people with disabilities? Results from the FEMA Region 9 Survey. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)*, 19(1), 7–20. <https://doi.org/10.5055/jem.0506>.

DERLEME / LITERATURE REVIEW

Sağlık profesyoneli gözünden kültürel, politik, sosyal anlam ve anlayışlar bağlamında COVID-19 süreci: Bir otoetnografi çalışması

The COVID -19 process in the context of cultural, political, and social meanings and understandings from the perspective of health care professionals: An autoethnographic study

Orhan Çakır¹ 

Belgin Yıldırım² 

1 İzmir Tinaztepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir, Türkiye

2 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Aydın, Türkiye

Özet

Bu çalışma, COVID-19 pandemi sürecinde yaşlı hastalar ile hemşirelik deneyimi hakkında (birinci yazarın) otoetnografi yazma deneyimine odaklanmıştır. Otoetnografi (autoethnography), ilgi çekici ve gelecek vaat eden niteliksel bir yaklaşımdır. Bu otoetnografi denemesinde, COVID-19 pandemi sürecinde yaşlı hastalar ile hemşirelik deneyimini anlamak için kişisel yaşanmışlıkları tanımlama ve sistematik olarak analiz etme amaçlanmıştır. Çalışmada yaşam yörüngesinde çok etkili olan ve iz bırakan bir kriz şeklinde yaşanmış pandemi sürecine ait yaşlı hastalarla deneyimler ve olaylar, hatırlanan anlar üzerinden incelenmeye çalışılmıştır. Anılarını desteklemek için fotoğraf veya arşiv belgelerine yazar gerek duymamış, otoetnografide yaşadığı deneyimin anılarına güvenmiş ve onlara atıfta bulunmuştur. Ben akademisyen bir hemşireyim. Bu gerçek hikayemde, pandemi döneminde klinik çalışan olarak yaşadığım karmaşık duygularımı, derinden hissettiğim hüznün ve ölüm düşüncelerimi dile getirdim. Otoetnografi kişisel bir hikaye ile başlar, bu durumda benim* hikayem pandemi sürecinde acil serviste yaşlı hastalar ile hemşirelik deneyimim üzerine şekillendi. Klinisyen hemşirelik mesleğimin 5. yılda bölgenin en büyük üniversite hastanesinin acil servisinde rutin işlerimize devam ederken, dünyanın düzenini alt üst eden pandemi ile karşı karşıya kalmıştık. Hem evlat, hem torun hem hemşire hem de doktora öğrencisi (otoetnografi yazarı denemesi yapan kişi) olarak sosyal konuların böylesine karmaşık bir kesişiminden kaynaklanan mücadeleleri ve zorlukları deneyimledim. Bağlam hakkında derinlemesine düşündüğümde kliniğim ve aile yaşamıma dair yazmam gerektiği aklıma geldi. Kliniğimde alanların bence duygusal karşılıkları vardı: Hastaların ilk korku ve telaş ile başvurduğu COVID-19 hasta değerlendirme alanı, çaresizlik, bilinmezlik, yalnızlık ve daha da artmış olan korkuları ile beklediği içeri alanlar olan COVID-19 izolasyon alanı ve turuncu alan. Diğer bağlamsal yapıda aile yaşamıma dair. İlk pozitif vaka sonrası ailemden 4,5 aylık süreliğine ayrıldım. Çocukluğumun en yoğun yeri olan anneannemi ardından, annemi, babamı ve gelen hastaları ister istemez aklımda eşleştireyordum. 79 yaşında emekli veteriner olan hastamın yaşadığı korku ve çaresizlik, monitör ekipmanlarını koparması ‘yalvarırım böyle ölmek istemiyorum’ diye bağırmasını unutamıyorum. Kişisel deneyimlerimin COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının korku ve çaresizliğini alan yazındaki konuların çeşitliliği ile ilişkilendirilmesini yapmaya çalıştım. Bu noktada yazdıklarım, ‘motivasyonlar, duygular, hayal gücü, öznel ve diğer kaynaklardan daha az elde edilebilen yollarla’ eylem hakkında iç görü sağlayabilir.

*Bu otoetnografide “benim” hikayem olarak bahsetmeme rağmen, ikinci yazarın metodolojik desteği ve kuramsal bilgisi ile bu hikayenin “yazarı” olduğunu kabul etmeliyim. Acil servisteki sağlık ekibi meslektaşlarım bu hikayenin tabii ki diğer “yazarları”dır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yaşlılık, COVID-19, Otoetnografi, Nitel Araştırma.

Bu makaleden şu şekilde alıntı yapınız / Cite this article as: Çakır O, Yıldırım B. Sağlık profesyoneli gözünden kültürel, politik, sosyal anlam ve anlayışlar bağlamında COVID-19 süreci: Bir otoetnografi çalışması. Climatehealth. 2023;3(1):21-27

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Orhan Çakır, İzmir Tinaztepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir, Türkiye
E-Mail: orhan.cakir@tinaztepe.edu.tr



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Abstract

This study focused on the (first author's) experience of writing an autoethnography about the nursing experience with elderly patients during the pandemic COVID -19. Autoethnography is an interesting and promising qualitative approach. This autoethnography study aims to describe and systematically analyze personal experiences to understand the nursing experience with elderly patients during the pandemic COVID -19. The study attempted to examine the experiences and events with elderly patients that were part of the pandemic process, which was very effective in the life course and left traces, based on the remembered moments. The author did not need photographs or archival documents to support his recollections, but relied on memories of his experiences in autoethnography. I am an academic nurse. In this true story, I have expressed the complex feelings I experienced as a clinic worker during the pandemic, the sadness and thoughts of death that I felt deeply. Autoethnography begins with a personal story; in this case, my* story was informed by my experience caring for elderly patients in the emergency department during the pandemic. In my fifth year as a clinical nurse, we were confronted with the pandemic that turned the world order upside down during our routine work in the emergency department of the largest university hospital in the region. As a son, grandson, nurse, and graduate student (an autoethnographer conducting experiments), I experienced the struggles and challenges that arise from such a complex intersection of social positions. As I thought deeply about context, it was clear that I needed to write about my clinic and my family life. I think the areas in my clinic have emotional correspondences: the COVID -19 area where patients initially check in with anxiety and haste, the COVID -19 area where they become isolated, and the orange area where they wait with helplessness, ambiguity, loneliness, and growing anxieties. About my family life in the other contextual structure. After the first positive case, I left my family for 4.5 months. After my grandmother, who was the most important place of my childhood, I was involuntarily with my mother, father and patients who came to me. I cannot forget the fear and despair of my patient, a 79-year-old retired veterinarian, when he broke off his monitor and screamed, 'I beg you, I don't want to die like this.' I've attempted to relate my personal experience of the fear and helplessness of health care workers during the pandemic COVID -19 to the variety of issues in the literature. What I've written at this point may provide insights into action "that are less likely to be gleaned from motivations, emotions, imagination, subjectivity, and other sources."

*Although I speak of "my" story in this autoethnography, I must admit that the second author, with his methodological support and theoretical knowledge, is the "author" of this story. My colleagues from the medical team in the emergency room are, of course, the other "authors" of this story.

Keywords: Nursing, Old Age, COVID-19, Autoethnography, Qualitative Research.

GİRİŞ

Salgın ortaya çıktığında insanlarda genel olarak beliren ilk duygular yoğun kaygı ve korkudur. İnsanda bulunan birçok unsur bu yoğun kaygı ve korkunun mevcudiyetini oluşturur. Bunlardan bazıları; virüsün belirtisiz bir şekilde taşıyıcı bireyden bulaşması, salgın kontrolü noktasında oluşan bilinmezlik, virüse karşı geliştirilecek aşının geliştirilmesinin ne kadar süreceğinin öngörülemezlik olmasının ekonomik etkileri ile birlikte virüste olası mutasyonun farklı dalgaları ortaya çıkarma olasılığıdır (1). Bütün bu yoğun kaygı ve korkunun temeli olan belirsizlik, salgın karşısında ciddi önlem olan sosyal izolasyon durumunda insanları psikolojik olarak zorlar. Ayrıca sosyal izolasyon zaman ile insanlarda nöro-psikolojik açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilir. İnsanlar bu gibi belirsiz ve yüksek tehlikeli durumlarda tepkilerini oluştururken rasyonel olarak değil, hayatta kalma hedefli hızlı algıları ile hareket ederler. Bu süreçte psikologların ve psikiyatristlerin salgının ortaya çıkması ile birlikte topluluk psikolojisinin seyrini dikkate alarak ruh sağlığı temelli çalışmalar planlayıp halkın kaygısını, korkusunu ve endişesini azaltmayı amaçlamaları gerekli bir durumdur. Çünkü bu durumda kamunun yönetiminde ve yönlendirilmesinde

çoğunlukla kamuoyuna "ne söylendiğinden çok, nasıl söylendiğinin önemli olduğu" aşikar bir gerçektir. Yaşanan salgınlar ile beraber toplum üzerinde oluşabilecek risklerin değerlendirilmesi, mevcut toplumun bu gibi durumlara karşı geçmişte sunduğu davranış ve tepkilerin dikkate alınması, inanç, kültür ve değerlerin getirdiği toplumsal yaklaşımın etkisi ile tüm bunlara karşı ortaya konulabilecek önlemler ve stratejik planların oluşturulmasını amaçlayan çalışmalardan sosyolojik analizlere ve ruh sağlığı konularına daha çok yer verilmelidir. Çünkü rasyonel olmayan davranışların ortaya çıktığı bu dönemde toplumların kültürel yapıları da etki unsurudur (2).

Etnografya, kültür oluşumlarını araştıran, insanın toplumsal varlığını hem nitel hem de nicel olarak ele alan toplum bilimidir. Etnografya yani toplum betimleme çalışmaları, kültürü ve alt kültürleri tanımlamayı amaçlar ve insanların yaşadıkları kültürel ortamda bu deneyimlerini nasıl şekillendirdiklerini ve yorumladıklarını öğrenmeye çalışır. Örneğin, bir grubu oluşturan üyelerinden grubun dünyaya bakış açılarını öğrenerek, davranışlarını anlamaya çalışır. Bu süreçte günlük yaşantılar ile düşünce ve davranışları sorgular (3). Diğer bir tanımla ise etnografya, o kültür var olan bireylerdeki anlam oluşturan oluşumları, temaları,

bağlantıları ve ilişkileri araştırır. Bu temalar, normlar, inançlar, değerler, dil, paylaşılan bilgiler, rol davranışları (annelik rolü, babalık rolü gibi) veya etkileşim biçimleridir. Hemşirelik alanında halk betimleme çalışmaları "Etnonursing araştırmaları" olarak tanımlanmıştır. Leininger teorisinden ortaya çıkan kültürlerarası hemşirelik araştırmaları Etnonursing olarak tanımlanır. Alanyazına göre bu araştırma yaklaşımını çalışan bir hemşire öncelik olarak sağlığı, sağlık bakımını etkileyen günlük yaşam durumlarını ve hemşirelik uygulamalarını gözlemler (4).

Etnografinin bir formu olan otoetnografi, gelecek vaat eden ve ilgi çekici bir niteliksel yaklaşımdır. Özellikle 1970'lerin sonlarına doğru kimlik politikalarının artmasına bağlı olarak çalışılmaya başlanan ardından ise 1980'li yıllar sürecinde kişisel anlatı, sosyoloji, antropoloji, öznel ve düşünömsellik, ismine otoetnografi denilmeden yazılmaya ve savunulmaya başlanmıştır. 1980'li yılların sonunda otoetnografi kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Otoetnografi kavramı, kişisel deneyime, sosyolojik kavrayışı geliştirmek için ses vermeye fırsat tanır (5, 6). Bu alanda saygınlığını gündend güne artırmasının yanı sıra yazarın kendi tecrübeleri üzerinden bir kültür ya da disiplini anlama uygulamalarını içerir. Otoetnografi, araştırmacının kişisel hayat hikâyesinin toplumsal ve kültürel bağlantısının kurulduğu bir yöntemdir. Geleneksel bilimsel yöntemleri bertaraf etme amacı yerine bu yöntemlerin gücünü sorgulayan ve bilgi toplama, paylaşma gibi yaklaşımların farklı yollarla olabileceğini gösteren post modern araştırma yöntemlerinden biridir (7, 8). Bu çalışma yönteminde eşsiz, öznel deneyim hikâyeleri anlatılır. Derinlemesine ve analitik bir yazma sürecidir. Otoetnografide amaç araştırma yapma hikâyesinden ziyade, araştırmayı yaşama hikâyesidir (9). Otobiyografi ve etnografyanın ilkeleri kullanılarak yazılan otoetnografinin, bir yöntem olarak, hem bir süreç hem de bir ürün olduğu belirtilmektedir (10).

OLGU

Çalışmada yaşam yörüngesinde çok etkili olan ve iz bırakan bir kriz şeklinde yaşanmış pandemi sürecinde aktif görev alan sorumlu araştırmacı, kültürel, politik, sosyal anlam ve anlayışlar bağlamında COVID-19 sürecini otoetnografik olarak ele alacaktır.

İlk Yolculuk

Nitel araştırmacılar, araştırmamıza yön veren durumları, inanışları ve kuramları anlamaya odaklanmazlar. Bunların çalışmalarda aktif olarak yazılmasına ve incelenmesine de odaklanır ve dikkat çekerler. Niteliksel sosyal araştırmalar, yeni ortaya çıkacak olan niteliksel yaklaşımların disiplinler arası dayanak noktası olmuştur (11). Bu bağlamda niteliksel bir yaklaşım olarak ele alınan otoetnografi, etnografinin ilgi çekici ve gelecek vaat eden bir türüdür. Otoetnografik çalışmalar özellikle kliniklerde çalışan hemşirelere klinik ile ilgili tüm durumları gerçekleri ile ilişkilendirmeleri konusunda fırsat tanır. Bu fırsat hemşireler tarafından sunulan bakımın kalitesini olumlu etkilediği gibi yaşanan durumlara da bir rehber olabilir (12).

Hayatı yorumlama ve bunları aktarma yolculuğum en net temelinin lisans mezuniyet yılım 2015 itibarıyla başladığını söyleyebilirim. Mezuniyet sonrası ile ilgili kendim bulduğum alan her alandan birer parça olan, insanın temelini yansıtan sağlık alanıydı. Fakat bu temelin devamı ile ilgili acaba nasıl olur? Neler yapabilirim? Sorularım mevcuttu. Yüksek lisans eğitimi sonrası bir kitabın bölümünde geçen başlık olan 'Nitel araştırma ne zaman kullanılmalı' metnini okuduktan sonra nitel bakışın sınırlandırılmayan bir yeni keşif alanı olduğunu anladığımda neler yapabilirim sorusu çok daha netleşmişti. En çok hoşuma giden kısmı kompleks bir konuya ayrıntılı bir anlayış getirme kısmıydı. Hayatta her şeyin bir ölçüsü bir sayısal karşılığı olamaz fikrim artık tamamen güçlenmişti. Nitel araştırma neyi gerektirirdi? Sorusunun en büyük cevabı alanda geniş zamanı geçirmekle başlar. Soru ve cevap hayatımın yaşanmışlık kısmının tam aynasıydı. 5 yıldır sahadaydım.

Bizim kuşağımızın en can alıcı noktası büyüdüğümüz ortamda dedelerimizin, anneannemizin ve babaannemizin olması sayılabilir. Anne ve babanın hayat temposunda kaybolduğu zamanlarda hep onların yanındaydık. İlk deneyimlerimiz, ilk korkularımız, utangaçlıklarımız, endişelerimiz.

Çocukluğumun tamamında hatta ergenliğimin belirli bölümüne kadar hep onlarla beraberdim. Senelerce etkileşimde olduğum bu ortamın ister istemez mesleğimi seçmeme ve seçtiğim mesleğimin davranışlarına kadar etkisi çok büyüktür. Hatta ilk iş yeri seçiminde bir huzur evinde çalışma kararımın en büyük etkisi ailenin

büyükleriyle beraber büyümem, benim gençliğe doğru yol alırken onların yaşlanma süreçlerini gözlemlememdir.

Pandemi Başlangıcı

Çin'den başlayarak dünyanın her tarafına **hızlı ve güçlü** olarak yayılan COVID-19 salgını, Dünya Sağlık Örgütü, "Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak nitelendirmiştir. Ardından çok kısa bir süre **içerisinde** de "Pandemi (Küresel Salgın)" olarak ilan etmiştir (13). Bu küresel salgın, bireyden bireye temas yolu ile özellikle de solunum damlacıkları yoluyla bulaşmasından dolayı, insanları yaşamını izolasyon altında evde devam ettirmeye mecbur bırakmıştır. Aniden ortaya çıkan bu durumda tüm insanların COVID-19 hakkında endişeleri artmıştır. Ayrıca enfekte olmuş bireylerle, temasa geçme korkusu ortaya çıkmıştır (14). Bu korku sadece enfekte olma korkusu ile kalmamıştır, bunun yanında insanlar **için fiziksel ve ruhsal açıdan ciddi tehditler** oluşumunu tetiklemiş ve yeni durumlar **görülmüştür**. Bu tehditler özellikle anksiyete bozukluğu, depresyon, panik bozukluk, kayıp ve keder gibi çeşitli psikolojik sorunların oluşumunu tetiklemektedir (13).

Klinisyenliğimin 5. yılında bölgenin en büyük üniversite hastanesinin acil servisinde rutin işlerimize devam ederken tüm dünyanın düzenini, sistemini sarsan pandemi ile karşı karşıya kalmıştım.

Kliniğimde durumla ilgili 3 alan oluşturulmuştu. Semptomu ya da pozitif kişilerle teması olan hastaların başvurduğu COVID-19 hasta değerlendirme alanı, ek hastalığı olmayan ve genel durumu iyi olan hastaların takibi için COVID-19 izolasyon alanı ve yaşlı veya koah, kky, ht, dm vb. gibi ek hastalıkları olan bireyler için oluşturulan turuncu alan.. Bu alanların bir de duygusal karşılıkları vardı. Hastaların ilk korku ve telaş ile başvurduğu COVID-19 hasta değerlendirme alanı, çaresizlik, bilinmezlik, yalnızlık ve daha da artmış olan korkuları ile beklediği içeri alanlar olan COVID-19 izolasyon alanı ve turuncu alan.

Ayrıca ülkemizdeki ilk pozitif vakanın görüldüğü martın ikinci haftası ailemle olan yaşamımı ayırmıştım. Çünkü yaşları ileri ve ek hastalıkları vardı. Ney olduğunu bilmediğimiz ve kolay kolay karşımıza çıkmayacak olan bir pandemi dönemiyle karşı karşıya kalmıştım. İşime devam ederken aklım bir taraftan anne, babamda ve aile büyüklerimdeydi. Çocukluğumun en yoğun yeri olan

dedemi, anneannemi ardından biz gençliğe giderken yaşlanan annemi, babamı ve gelen hastaları ister istemez aklımda eşleştiriyordum.

Kaos kuramı incelendiğinde özellikle 1990 yıllarında bilimsel karmaşıklık olarak nitelendiği görülmektedir. Karmaşıklık kuramı, ilk değerlendirmede tesadüfen görülen işlerin bir sistemdeki tepkiyi ve karşı tepkileri açıkladığını ortaya koyar (15). Kaos sabit bir durum olmadığı gibi aynı zaman da değişmeyen bir durumda değildir. Bu durum bir süreçtir ve dinamiktir. Kaos kuramı bir geçiş evresini tanımlar ve herhangi bir sistemdeki değişimin kestirilemez ve düzensiz olarak meydana geldiğini ortaya koyar. Kaos kuramına göre nesnelerin değişiminden ziyade, nesnelere ve durumlar arasındaki ilişkinin değişimi önemlidir (16).

Günler ilerledikçe pozitif olarak baktığım hasta sayısı da artmaktaydı. Hemşireliğin ülkemizdeki en çok öne çıktığı tarafları olan ve özellikle yaşlı bireylerin sizi daha yakın görmesi, onların omzuna dokunabilmeniz, yüzlerine gülebilmemiz, endişelerini gidermeniz.. Hiçbiri kalmadı denecek noktaya kadar inmişti. Çünkü daha önce defalarca koah hastalığı olup atak geçirerek gelen hastamın, bilinmeyen bir virüsten korkmanın yanı sıra giydiğimiz tulum, maske, siperlik gibi koruyucu ekipmanlı halimizden korktuğunu söylemişti. İçerideki monitörlerin, mekanik ventilatörlerin sesleri; maske, siperlik ve tulum ile iletişim kurulabilecek bir sessizlik bile yoktu. Telaşlı insanlar, korkulu gözler, çaresizlik hislerinin koridorlarda dolaştığını hissetmek tamamen bir kaosu andırıyordu.

Her nöbetimde bende unutulmaz izler bırakan bir şeyler yaşamaya başlamıştım. 79 yaşında emekli veteriner hekim olan bir hastamın yaşadığı korku ve çaresizlik, monitör ekipmanlarını koparması 'yalvarırım böyle ölmek istemiyorum' diye bağırmasını, 75 yaşında eş olan iki hastanın durumları kötüleşmeye başladıkça 'lütfen torunumu cep telefonunda olsun gösterin' demelerini hiç unutamıyorum.

Vakalara bağlı ölüm sayıları açıklandıkça bir ayrıntı hep konuşulmaya başlanmıştı. Ölenlerin büyük çoğunluğu 60 yaş üstü olan yaşlı bireylerdi. Yaşlı hastalara normal zamanda hep daha fazla ilgi sunmama rağmen bu yaşadıklarım daha da fazla yanlarında olmamı sağladı. Çünkü pandemi sürecine kadar alanda çalışırken hiç korku duymamıştım. Çoğu defa acil serviste çıkan olaylar, kavgalar, tehditler hiçbiri korku duyurmamıştı ama

pandemiyle birlikte özellikle yaşlı hastaların duygusal durumlarının yansması olarak artık bende korkmaya başlamıştım ve bir süre korku duyarak çalışmaya devam ettim. Durmadan gelen vakalar, ölen hastalar, ailemden ayrı oluşum, aklımda hep ailemin ve aile büyüklerimin durumu, ihtiyaçlarını nasıl karşıladıkları gibi birçok sorunla baş etmiştim.

Fakat bu kadar baş etme bir de kendi içinde bir silsileyi açmıştı. Örneğin kişisel koruyucu ekipman kullanımını ile gelen bir korku oluşmuştu. Bu korkuyu düşünürken halbuki daha önceden de kullanıyorduk neden bunu hissediyorum diye kendimi sorgulama yolunu açmıştı. Virüsün sevdiğim ile arama ördüğü duvarı 'kişisel koruyucu ekipman' kullanımına yüklemiştim. Kişisel koruyucu ekipmanı giyerek çalışmak bana olağanüstü tedirginlik, korku ve ara ara öfke yüklemeye başlamıştı. Yine hastanemizde çalışan bir kardiyolog arkadaşımızı pozitif sonucu sebebiyle oda izolasyonundaydı ve kendisi ile ben ilgilenirken odaya ilk kişisel koruyucu ekipman ile girdiğimde o tanıdığım bildiğim daha önceleri güzel sohbetlerimizin bulunduğu arkadaşımın benim üzerindeki ekipman yüzünden bana baktığında gözlerinde gördüğüm çaresizlik, korku ve 'ben ölecek miyim, Orhan lütfen yüksek sesle konuş sesini duyamıyorum, bunu giymek zorunda mısın, lütfen git yalnız kalmak istiyorum ama arada uğra belki ölebilirim, ölecek gibi hissediyorum' sözleri beni çalışırken koruyan bir ekipmana düşman etmişti.

Bu süreçle ilişki içerisinde olduğum her hastanın bir içsel yolculuk yaptığını gözlerim ile görebiliyordum. Tamamen hastane içerisinde geçirdiğim 24 saatlik periyotta dış dünyayı sadece sosyal medya, haber siteleri ve telefon konuşmaları ile takip edebiliyordum. Halbuki ben hep çok sosyal biriydim. Hastanedeki klinik uygulama değişimleri, entübasyon işlemi sırasında eklenen yeni prosedürler, CPR uygulamasında eklenen yeni adımlar, iletişimsizlik, çaresizlik, korku beni insan olduğum gerçeğinden uzaklaştırmaya başlamıştı.

Sağlık sistemi ile ilgili sorunları bire bir yaşıyordum. Eksik olan ekipmanlar vardı. Kısa bir süre, maskeyi bile imza ile birer tane olarak alıyorduk. Sağlık sisteminde bir savaşın ortasında ekipman eksikliğine tahammül gösterilebilir miydi? Olağanüstü hallerin hazırlığı neden eksikti? Yöneticilerin görevi kötü zamanı yönetme becerisini gösterebilmek değil miydi? Yine aynı şekilde filyasyon ekibinde telefon ile görüştüğüm bir arkadaşım sistemin

aniden oluşturulduğunu ve bir sürü problemleri olduğunu anlatıyordu.

Bütün bu olanlar içerisinde yazmaya devam ediyordum. Bu yazdıklarımı daha sonra ölümsüz bir hale getirip gelecek dönemlerde bu sorunların yaşanmamasının en büyük görev olduğunu artık kendime oturtmuşum. Kendi yaşadıklarımın yanı sıra hastanede ki arkadaşlarıma uygun oldukça hep hislerini, düşüncelerini soruyordum. Her şeyi önce aklıma kaydetmeliydim ardından defterime, telefonuma.. Biz bu yaşadıklarımızı hep bilim-kurgu filmi sahnesinde görmüştük, sanırım bu sefer sahenin içine girmiştik ve bu yaşananlar sonraki meslektaşlarımıza aktarılmalıydı.

Kaos durumu tesadüfen oluşan ve amaçsız bir düzensizliğin karşılığı değildir. Mevcutta olan durumdan daha farklı ve daha yüksek bir seviyede değişimi ve yenilenmeyi başlatır. Burada oluşan değişim sürecinde yeni güçler eski yapıları bozar ve yeni bir sonuç ortaya çıkar. Bu değişimin süreci sonrası oluşan sonuçta yeni yapılar oluşur. Esasen bu karmaşıklığın, düzensizliğin ve oluşan düzenin dönüşümüdür (17). Kaosun temelinde dört bileşen bulunmaktadır. Bunlar, karmaşıklık, bireyin değişimi, yapıcılık, planlanmamış ve kestirilemeyen olayların neden olduğu değişimdir (18).

Hepimiz daha önce korku, çaresizlik, kaygı gibi duyguları hissetmişizdir. Burada bunların üzerinde kelimeler ile ifade edilemeyen bir durum vardı. Normalde tanıdığım hislere karşın hareketlerim güçlüdür fakat bu tanımadıklarımı da hissetmiyordum.

Pandemi Süreci ve Pandemi Sonrası Süreç

Pandemi sürecinin ortasında klinikten ayrılmış, akademik hayatım başlamıştı. Artık olan biteni yasaklar dahilinde evden takip ediyordum. Ailemin yanına dönmüştüm. Süreç içerisinde en yoğun düşüncem arkadaşlarım olmuştu. Ne yapıyorlardı? Nasıl hissediyorlardı? diye düşünerek geçirmiştim zamanımı. Pandemi ardından normalleşmenin başlaması ile kültürümüzde yoğun yeri olan selamlaşmayı unuttuğumu hissettiğim zamanlar yaşadım. Sosyalizasyon ile beraber sanki bir şeylerin normalleşmesi artık anormal geliyor gibiydi. Yeniden kalabalıkların oluşması süreci. Ortaya çıkabilecek bir kaotik duruma karşı ister istemez hazırlık yapma isteği oluşmuştu. Olayları ve durumları incelerken sonuç

değerlendirmesini zihnimde götürebildiğim olumsuz noktalar azalmıştı. Evet mesleksi olarak yıllarca ölümü gördük, yaşadık fakat bu sefer ki farklıydı. Artık ölümü içselleştirmiştim ve artık hayatımızda her an her saniye karşımıza çıkabilme ihtimalini tamamen kabullenmiştim. Birliktelikleri daha anlamlı bulur hale geldiğimi de ifade etmeliyim. Merak ettiğim yakın gelecekte bu sürecin yol açtığı bu duygu, düşünce ve davranış değişikliğinin ilerleyen süreçte neler doğuracağıydı.

Kaos kuramı bütüncüdür. Bütüncül bakış ile alt sistemin birbirleriyle etkileşim içinde olduğunu ve doğrusal nitelik taşıdığını dolayısıyla bütünden ayrı incelenmesinin hatalı sonuçlar doğuracağını savunur (19). Bazı karmaşık durum ve sistemlerde başlangıç düzeyinde ki küçük değişimler, bütün sistemde güçlü değişikliklere yol açabilmektedir, Özellikle geçmiş bir olay anlatımında bütün yönlerin anlaşılması gerektiğinde, önemsiz ve önemli ayrımı gözetmeksizin bireylerin her şeyi anlatmasının istenmesi ve bu anlatım dilinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Çünkü anlatımda kullanılan dil, önceki durumlar ve süreçler hakkında ve gelecekte bireyin davranışındaki değişimin nasıl olacağı konusunda bilgi verebilmektedir (20, 21). Bu bağlam da her bir bireyin süreci o bireye özeldir ve sadece o birey bağlamında anlaşılabilir (15).

TARTIŞMA

Tarihsel süreç içerisinde dönem dönem görülen bulaşıcı ve salgın hastalıklar tek başına bir sağlık sorunu olarak kalmazlar. Bu dönemlerde tüm toplumlar psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz şekilde etkilenebilirler. Bunun örneğine farklı dönemlerde tüm dünya da rastlanılmaktadır. Örneği orta çağ tarihçisi Agnolo di Tura, veba salgını sürecinde yaşanan durumu şu şekilde anlatıyordu: "Hiç kimse hiçbir şeyi denemiyordu ve artık kilise çanları bile çalınmıyordu. Her gece ölen yüzlerce kişi için dev çukurlar kazılıyordu. Ve ben de kendi ellerimle oğullarımdan beşini gömdüm. Herkes bunun dünyanın sonu olduğuna inanıyor." (22). Yine İbn-i Sina'nın asırlar öncesinde salgın hastalıklara karşı ortaya koyduğu çözüm önerileri; "Birlikte dolaşmayın. Beş on kişi bir araya gelerek kalabalıklar oluşturmayın. Pazarları terk edin. Paraları bırakın. Toplu halde ibadet etmeyin. Salgından korkmayın, hastalıktan sakının, hastalarınızı terk etmeyin. Evinizde oturun ve neşeli olun. Hastalık, neşeden kaçır" (23, 24). COVID-19

pandemisi sonrasında da yıllar öncesinde görülen durumlar gibi sosyal ilişkiler ve psikolojik durumlar etkilenmiştir. İnsanlar aniden ortaya çıkan bir durum ile oluşan kaotik durumda bir anlam arayışına girmiş ve değerlendirmelerini yapmışlardır.

Tablo 1: Kaos Evreleri (16, 24)

Kavram	Tanım
Tetikleyici Olay	Durumda değişiklik, aciliyet hissi
Kaotik Geçiş	Belirsizlik, öngörülemezlik, şüphe
Kaosta Düzen	Davranışsal tepkilerde düzen
Kaostan Düzen	Yeni işlevsel düzeyde yeni davranışlar
Öz-Düzenleme Süreci	Bilmenin yeni yolu

Kaos kuramının evrelerinde, tetikleyici olay, var olan durum için yeni değişimi sağlar. Bireyin var olan durumu mevcuda ait bir düzen içerir ve tetikleyici olayın ortaya çıkması ile değişim süreci başlar. Bu çalışma da birinci yazar ve esasen tüm insanlık için COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması tetikleyici olay olarak görülebilir. Kaos ile beraber oluşan kaotik geçiş evresinde, değişimin ortaya çıkmasıyla yeni durumlar ile karşı karşıya kalan bireyler çeşitli nedenler ile kararsızlık, çaresizlik ve belirsizlik yaşamaktadır. Çalışmanın temelini oluşturan anlatımda olduğu gibi pandemi sürecinin ortaya çıkması ve mevcut hayat düzeninin değişmesinden kaynaklı soru işaretleri olduğu görülmektedir. Birinci yazar belirsizlik içerisinde olup geleceğe yönelik çıkarımlarda bulunamaz. Birinci yazarın yaşadığı bu dönem kaotik geçiş olarak incelenebilir. Kaos içerisinde bulunan düzen evresinde birey belirsizlik, kararsızlık ve çaresizlik durumuna alışmıştır ancak geleceğe dair soru işaretleri devam etmiştir. Kaosta düzen evresinde birey kalıcı olmayan bir rahatlama yaşamaktadır. Birinci yazar, mevcut duruma ait sorunlara alışıp geleceği bir kenara bırakarak günece odaklanmıştır. Bu süreç sonrasında kaostan düzen evresinde ise birey pandemi süreci içinde yaşadığı sorun ve sıkıntı veren yeni durumdan kaçınmak için farklı yollar aramaya başlar. Pandemi sonrasında yaşamsal olayların başlaması ile normalin anormalleşmesi durumu yeni dönemidir. Öz düzenleme sürecinde, birinci yazar hem kendisi hem de normale dönen durum ile ilgili yeni uygulama noktasına geçişini ifade etmiştir. Birlikteliklerin daha önemli hale

gelmiş olması burada ortaya çıkan uygulamalardan biridir. Süreç sonunda ulaşılan nokta pandemi öncesi bulunulan noktadan daha yüksek farkındalık ve gelişim seviyesidir.

SONUÇ

COVID-19 pandemisi genel anlamda, dünyayı olumsuz etkileyen bir salgın dönemi olarak ele alınmıştır. Bu pandemi döneminin hep kötü yanı olmamıştır. Farklı iyi yanlar da oluşturabilmiş ve oluşturabilecektir. Örneğin, dünyanın farklı bölgelerinde görülen çatışmalarda ateşkesler görülmüştür. Karbon salınımı azalmıştır. Denizlerin kirlenmesi belirli bir süre az seviyeye inmiştir. Doğa kendini toparlamaya başlamıştır. Psikolojik etkilenimler de bu kaotik dönemde elde edilen öz düzenleme ile yeni keşif yollarını açmıştır. Bu yolların keşfedilmesi süreci hala dinamik olarak devam etmektedir. Devam eden bu süreç kültürel, politik ve sosyal anlam anlayışı açısından daha detaylı değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Pandemi sürecinde incelenilen 'pandemi sonrası ciddi bir değişim yaşanır mı?' sorusu pandemi sonrası süreç için daha spesifik yaklaşımlar ile ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yurdakul, AS. (2020). COVID-19 Salgını sonrası sağlık alanında ve politikalarındaki değişimler. TASAV Yayınları.
2. Taştan, C. (2020). Covid-19 salgını ve sonrası psikolojik ve sosyolojik değerlendirmeler. Ankara: Polis Akademisi Yayınları.
3. Kümbetoğlu, B. (2005). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
4. Burns, N., & Grove, S.K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders & Elsevier.
5. Adams, Tony. E., Jones, Stacy. Holman ve Ellis, Carolyn. (2015). Autoethnography: Understanding Qualitative Research (Oxford: University Press).
6. Wall, S. (2008). "Easier Said Than Done: Writing An Autoethnography," International Journal Of Qualitative Methods 7 no:1, 38-53.
7. Holt, Nicholas L. "Representation, Legitimation, and Autoethnography: An Autoethnographic Writing Story," International Journal of Qualitative Methods 2 no: 1 (2003): 1-22.
8. Duncan, M. (2004). "Autoethnography: Critical Appreciation of An Emerging Art," International Journal of Qualitative Methods 3, no.4, 1-14.
9. Wall, S. (2006). "An Autoethnography On Learning About Autoethnography," International Journal of Qualitative Methods 5 no:2, 146-160
10. Ellis, C.A. vd. (2011), "Autoethnography: An Overview", Forum: Qualitative Social Research, C.1, S. 1, January.
11. Kartarı, A. (2017). Nitel düşünce ve etnografi: etnografik yöntemle düşünsel bir yaklaşım. Moment Dergi, 4(1), 207-220.
12. Richards R. (2008). Writing the othered self: Autoethnography and the problem of objectification in writing about illness and disability. Qualitative Health Research, 18(12): 1717-28.
13. Hatun, O., Dicle, A. N., & Demirci, I. (2020). Koronavirüs Salgınının Psikolojik Yansımaları ve Salgınla Başa Çıkma. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
14. Lin, C. Y. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*, 3(1), 1-2. https://doi.org/10.4103/SHB.SHB_11_20
15. Bloch, D. P. (2004). Spirituality, complexity and career counseling. *Professional School Counseling*, 7(5). 343-350.
16. Duffy, J. A. (2000). The application of chaos theory to the career-plateaued worker. *Journal of Employment Counseling*, 37(4), 229-236. doi: 10.1002/j.2161-1920.2000.tb01029.x
17. Harkness, H. L. (2002). Capitalizing on chaos and complexity. Paper presented at the meeting of the International Career Development Conference, California, CA.
18. McKay, H., Bright, J. E. H. ve Pryor, R. G. L. (2005). Finding order and direction from chaos: a comparison of chaos career counseling and trait matching counseling. *Journal of Employment Counseling*, 42, 98-112. doi: 10.1002/j.2161-1920.2005.tb00904.x
19. Türkmen, M. (2014). Kaos kuramına dayalı kariyer psikolojik danışmanlığı programı ve vaka analizi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 5(42).
20. Pryor, R. G. L. ve Bright, J. E. H. (2006). Counseling chaos: Techniques for practitioners. *Journal of Employment Counseling*. 43, 9-17. doi: 10.1002/j.2161-1920.2006.tb00001.x
21. Demir, H. (2020). Koronavirüs inanç dünyamızı ve dinleri nasıl etkileyecek?. TASAV Yayınları.
22. Tüba (2020). "Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu", Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34, Nisan 2020
23. İnce, M. ve Yılmaz, M. (2020). Olağanüstü Olayların Sosyal Yaşam ve Kültürlere Etkisi; Covid-19 Salgınının Türk Kültürüne Etkisi Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD)*, 6 (2), Kış, s. 552-571.
24. Merry, U., & Kassavin, N. (1995). Coping with uncertainty: Insights from the new sciences of chaos, self-organization, and complexity. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group

DERLEME / LITERATURE REVIEW

Doğa temelli uygulamalar ile ruh sağlığının güçlendirilmesi

Strengthening mental health with nature-based practices

Hatice Öner¹ 

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

Özet

Çevre canlılığın sürmesinde çok önemlidir. İnsanın yaşamda varlığını sürdürebilmesi ve sağlıklı olabilmesinde doğal çevrenin çok önemi vardır. Son yıllarda ekosistemin dengesinde bozulmalara bağlı olarak dünya genelinde afetler, iklim değişikliği, kirlilik gibi olumsuz bir takım sorunlar, insan yaşamını her yönüyle tehdit etmeye başlamıştır. Olumsuz çevre koşulları bireylerde gelecek kaygısı, eko-anksiyete, depresyon gibi bir takım ruhsal sorunların yaşanmasına neden olmuştur. Diğer taraftan doğa temelli terapi ve uygulamaların da ruhsal sorunların tedavisi ve bireyin iyilik halinin güçlenmesinde çok öne çıkmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin, özellikle ruh sağlığının güçlendirilmesinde ekopsikolojik yaklaşımlar konusunda farkındalığının artması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çevre, Doğa, Eko-Anksiyete, Ekopsikoloji, Ekoterapi.

Abstract

The environment is very important for the continuation of life. The natural environment is very important for people to survive and be healthy. In recent years, due to the deterioration in the balance of the ecosystem, a number of negative problems such as disasters, climate change and pollution around the world have begun to threaten human life in all aspects. Adverse environmental conditions have caused individuals to experience some mental problems such as future anxiety, eco-anxiety and depression. Diğer taraftan doğa temelli terapi ve uygulamaların da ruhsal sorunların tedavisi ve bireyin iyilik halinin güçlenmesinde çok öne çıkmıştır. It is important to increase the awareness of psychiatric nurses about ecopsychological approaches, especially in strengthening mental health.

Keywords: Environment, Nature, Eco-Anxiety, Ecopsychology, Ecotherapy.

Bu makaleden şu şekilde alıntı yapınız / Cite this article as: Öner H. Doğa temelli uygulamalar ile ruh sağlığının güçlendirilmesi. Climatehealth. 2023;3(1):28-32

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Hatice Öner, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Efeler/AYDIN
E-Mail: honer@adu.edu.tr



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Çevre canlı ve cansız varlıkların karşılıklı etkileşiminin bütünü olarak tanımlanabilir ve (Yücel ve Morgil, 1998) fiziksel ve sosyal çevre olarak temel iki grupta incelenir. Çevre bir canlının yaşamında temel bir unsur olmasının yanı sıra bireyin gerek fiziksel, gerekse psikososyal sağlığının belirleyicileri arasında yerini almaktadır (Yücel ve Morgil, 1998). İnsan evrensel çevresiyle karşılıklı etkileşiminin sonucu olarak, bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel boyutları ile gelişen ve değişen, dinamik biyo-psiko-sosyal bir varlıktır (Ünsal, 2017). Hemşirelik kuramcılarının çoğu, insan, sağlık, hastalık ve çevre kavramlarını irdelemişlerdir (Ünsal, 2017). Burada özellikle insanın temel gereksinimleri arasında, “güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi” genel yaklaşım ilkeleri arasında yerini almaktadır (Ünsal, 2017). Bu bağlamda çevre insan sağlığı için vazgeçilemez bir unsurdur (Er vd., 2020). Bu kapsamda değerlendirildiğinde insan, çevrede yaşanan değişimlerin hem bir nedeni ve hem de sonucu olabilir (Er vd., 2020). İnsan, var olduğu günden beri doğa üzerinde hakimiyet kurma savaşını vazgeçmeden bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde sürdürmektedir (Gül, 2013). Bu hakimiyet kurma mücadelesini insanın kazanması, canlılığın sonunun yaklaştığının göstergelerinden biri olabilir. Bu haliyle konu oldukça ironiktir ve kapsamlı olarak altta yatan dinamiğin açıklanmasına ihtiyaç vardır.

İnsan müdahalesi sonucunda çevrenin doğal yapısında pek çok değişiklikler ortaya çıkabilir. Bunlar; her türlü kirlilik (su, hava, toprak, gürültü), çarpık kentleşme, kalabalık, toprak kaybı, canlı türlerinin yok olması, asit yağmurları, radyoaktif kirlenme, iklim değişikliği olarak sıralanabilir. Tüm bu değişimler, bireyin biyopsikososyal sağlığında önemli düzeylerde bir takım olumsuz sorunlara yol açabilmektedir (Er vd., 2020; Yücel ve Morgil, 1998). Çevrenin bireydeki psikososyal etkileri olarak, zaman zaman yalnızlık, gelecek kaygısı, çevre kaygısı, umutsuzluk, depresyon ve şiddet gibi farklı yoğunluklarda negatif duyguların ve psikolojik sorunların yaşanmasına neden olabilir (Aras ve Demirci, 2020). Oysa insanın çevreyi koruma ve özenli yaklaşması halinde çevre, çok yönlü olarak insanın bedensel ve ruhsal sağlığına iyi gelecektir. Bu yönüyle çevre, iyileştiren, besleyen, koruyan ve gözetken bir

unsurdur. Bu yazıda, hasta eden ve iyileştiren çevrenin, ruh sağlığına olan etkileri ortaya konduktan sonra, doğanın iyileştirici özelliği temel alınarak geliştirilen, uygulama ve yaklaşımların önemi, ilgili literatür ışığında incelenecektir.

Hasta Eden Çevrede İnsan

Çevre sorunlarına duyarlı olan bireyler, doğal afetler ile iklim değişikliği arasında bir ilişkinin olduğunu ve çevreye verilen tahribatlar ile doğanın her geçen gün giderek dengesini yitirdiğini ve insan sağlığını bozan sorunların ortaya çıktığını ifade etmektedirler (Baydar ve Ersoy, 2017). Bununla birlikte, büyüyen kentleşme, bireylerin ruh sağlığı ve biyolojik çeşitlilik için çok büyük tehdittir (Güngör ve Yıldız, 2022). Toplu taşıma ve kentsel yoğunluk ile anti depresan ilaç kullanımı arasında bir ilişkinin varlığına işaret edilmiştir (Aras, 2020). Zehirli maddeler (civa, manganez vb.), kaygı, depresyon, sinirlilik ve konsantrasyon güçlüğü gibi nöropsikiyatrik problemlere yol açabilir (Coffey vd., 2021). Günümüzde stres ve strese bağlı yaşanan depresyon ve anksiyete tüm dünya genelinde insanların hem bedensel hem de ruhsal sağlığını etkilemektedir. Bunlara ek olarak, özellikle son yıllarda ekolojik dengedeki ortaya çıkan sorunlar, iklim değişikliği gibi yaşam olaylarına yönelik bireylerin deneyimlediği aşırı kaygı hali eko anksiyete olarak tanımlanmaktadır.

Eko-Anksiyete/ Ekolojik Kaygı/ İklim Anksiyetesi

İklim değişikliğinden kaynaklı anormal çevresel olaylara ve bunlar hakkında var olan bilgilerimizden kaynaklı endişe durumu. “çevresel felaketin kronik bir korkusu” olarak tanımlanmıştır (Pihkala, 2020). Eko anksiyete sonucunda; bireylerde panik atak, uykusuzluk, takıntılı düşünceler, iştah değişiklikleriyle beraber, gelecek hakkında kaygılı bir duygu hali ve umutsuzluk ortaya çıkabilmektedir (Coffey vd., 2021; Pihkala, 2020). Ekolojik kaygının yaşanmasında; sürekli belirsizlik ve stresle karşı karşıya kalma hali önemlidir (Pihkala, 2020). Yakın zamanda tüm dünyayı etki altına alan COVID-19 pandemisi birey ve toplumları olumsuz etkilemiştir. Özellikle o dönemde yaşanan belirsizlikler, sosyal izolasyon, doğadan uzak kalma, uzayan karantina süreleri, artmış hareketsizlik, sigara, alkol kötüye kullanımı, sağlıksız beslenme, korkular stresin artmasına neden olmuştur (Cullen vd., 2020). Özellikle karantinalar

sürerken spor ve açık hava etkinlikleri azalmış, hareketsiz davranışlar artmıştır (Güngör ve Yıldız, 2022). Doğal çevreden uzaklaşan insan da bağımlılıklar, aile içi şiddet, kaygı ve depresyonun görülme sıklığında artış görülmüştür (Cullen vd., 2020). Pandemi dönemi insanın doğadan ayrı ve yapıları binaların içinde sağlıklı yaşamayacağına bir göstergesi olmuştur. Çünkü insanın yaşamda kalabilmesi ve doyumsuz ve nitelikli bir ömür sürebilmesi için, dünya yaşamının ve doğal çevrenin varlığına ihtiyacı vardır (Gül, 2013). Dünya insanoğlunun tek toprağı; doğa da hayatta kalmak için tek kaynağıdır. Bu gerçekliğin insanlar tarafından bilinçli olarak kabul edilmesi ve bu doğrultuda tutum ve davranışlarınınayeniden gözden geçirmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda insanın, içinde bulunduğu çevrenin kendi ruh sağlığı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkilerinin farkındalığı içinde olması çok önemlidir.

İyileştirici Çevre ve Ruh Sağlığı

Son yıllarda, doğal ve düzenlenmiş çevrenin insan sağlığı ve iyileşme üzerine etkilerine vurgu yapılmaktadır (Bulut ve Göktuğ, 2006). Doğal ortamların ruh sağlığı ve iyi oluşu güçlü bir şekilde etkilediği belirtilmektedir (Er vd., 2020). Yeşil alanların artırılması gibi doğa temelli çözümler hem ruhsal sağlık sorunları hem de biyolojik çeşitlilik kaybının önlenmesi için önemli bir çözüm olduğu belirtilmektedir (Güngör ve Yıldız, 2022; Koselka vd., 2019). Burada iyi oluş/esenlik (well-being) kavramları öne çıkmaktadır. İyi oluş/esenlik (well-being); öznel iyi oluş mutluluk kavramının karşılığı olarak kullanılmaktadır (Ruin, 2014). Bireyin olumlu duyguları sık, olumsuz duyguları daha az yaşaması ve yaşamdan yüksek doyum alması olarak ifade edilmektedir (Ruin, 2014). İyileştiren çevre kavramı aynı zamanda hastaneler içinde son yıllarda gündeme gelmiştir. Hastanelerin, hastalıkların tedavisi için kullanılan bir mekân olmanın ötesinde, iyi olma halini koruyan, iyileşmeyi destekleyen ve bireylerin gereksinimlerini karşılayacak nitelikte planlanmış yapıların önemine dikkat çekilmektedir (Birinci Ertürk ve Birol, 2022). Doğanın, insanlar üzerinde şifa olma ve rahatlama özelliğinden esinlenerek oluşturulan ve insanın tüm ihtiyaçlarına hizmet edecek nitelikte düzenlenen hastane bahçelerinin (Karakaya ve Kiper, 2011) hastaların ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan tedavi sürecinde de önemli derecede katkı verdiği belirtilmiştir (Duzenli vd., 2017). Refah/iyilik

hali kavramı, doğanın dengesini ve çevrenin sağlığını etkileyen bir iyilik haline vurgu yapmaktadır (Baydar ve Ersoy, 2017). Doğanın ve iyi düzenlenmiş dış mekan alanlarının insanlar üzerindeki stresi azalttığı ve ruhsal durumlarını olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Koselka vd., 2019; Whitehouse vd., 2001). Birey doğaya ne kadar uyumlu ise bedensel yapı başta olmak üzere ruhsal ve sosyal yapı da o oranda sağlıklı ve iyi olur. Bu kapsamda “ekopsikoloji” olarak tanımlanan, bireylerin ruh sağlığını güçlendirici yeni alternatif doğa temelli uygulamalar gündeme gelmiştir (Er vd., 2020).

Ekopsikoloji, ekoloji ve psikoloji bilim dallarının ilkelerini bir araya getirerek insanların doğayla içsel bağlantılarının farkına varmalarına ve bozulan bağın onarılmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Baydar ve Ersoy, 2017; Er vd., 2020). Doğal çevrenin insan için psikolojik değeri, ekolojik psikoloji araştırmalarının ana konularından biridir (Hibbard, 2003). Eko-psikoloji (EP) kavramı, 1992 yılında Theodor Roszak “The Voice of the Earth” adlı kitabında kullanmıştır (Hibbard, 2003). Ekopsikoloji günümüz insanının karşılaştığı sorunların temelinde onun doğadan kopuşu ve doğaya yabancılaşması olduğunu iddia eder (Aktaran Er vd., 2020). İnsanlar sosyal varlıklardır ve bu nedenle çevre ile ilişki kurmaya ihtiyaçları vardır. İnsan ilişki kurma ihtiyacını, doğaya bağlı hissederek tatmin edebilir. Ekopsikolojinin ortaya koyduğu bilgiler ışığında gerçekleştirilen uygulama kısmı “ekoterapi”, (yeşil terapi) olarak kavramsallaştırılmıştır. Terimin anlamı göz atıldığında, iyileşmeye yönelik doğa temelli yaklaşımlar için kullanıldığı görülmüştür (Summers ve Vivian, 2018). Ekoterapinin temeli, doğa ve içinde yaşadığımız çevre ile olan bağlantımızdır (Er vd., 2020). Ekopsikolojinin temel ilkeleri doğrultusunda terapi olarak uygulanan ve genellikle “yeşil bakım” şemsiyesi altında sınıflandırılmış olan aktiviteler; ekoterapi, yeşil egzersiz, vahşi doğa terapisi, yeşil spor salonları, hortikültürel terapi ve doğa destekli terapi olarak belirtilmiştir (Er vd., 2020).

Doğa ve İyilik Hali(Well-being):

Genel olarak, doğal çevrenin psikolojik değeri temelinde, birçok bilim insanı; Vahşi yaşam terapisi, doğal çevre terapisi, açık hava terapisi, orman terapisi ve bahçecilik (hortikültürel) terapisi gibi çeşitli ekolojik terapiler geliştirmiştir (Hibbard, 2003). Yine bu kapsamda özellikle 1990’lı yıllardan sonra gündeme gelen macera terapileri

de, doğanın iyileştirici yönüne odaklıdır (Baştemur, 2019). Literatürde “terapötik macera”, “doğada terapi”, “macera tabanlı terapi” ve “macera temelli danışmanlık” olarak farklı başlıklarda tanımlanmaktadır (Baştemur, 2019). Bu terapi ile bireyler doğayla bütünleşmekte, içsel ve sosyal farkındalık çalışmaları ile kendilerini sorgulamalarına, pozitif bir benlik algısı geliştirmelerine yardım ettiği belirtilmektedir (Baştemur, 2019). Doğa ile kurulan temasların zihinsel ve fiziksel sağlığa faydalı olabileceğini vurgulanmaktadır (Durusoy ve Mutuş, 2021). Doğada olmanın refah düzeyinin artmasında etkili olduğu bulunmuştur (Koselka vd., 2019). Bitki ve hayvanları gözlemlemenin insan sağlığına olan faydaları dikkate değer niteliktedir. Doğal ortamları izliyor olmak parasempatik sinir sistemi ile fiziksel enerjinin artışı arasında bir ilişkinin varlığı vurgulanmıştır (Durusoy ve Mutuş, 2021). Yapılan çalışmalarda yeşil alanlara yakın oturma, bireyleri psikiyatrik ve kalp sorunlarından koruduğu vurgulanmıştır (Thompson vd., 2012) Ormanda yürümenin fizyolojik olarak incelendiği çalışmalarda merkezi sinir sistemi, otonom sinir sistemi ve endokrin sistem üzerinde olumlu etkileyerek immün sistemi güçlendirdiği bildirilmektedir (Durusoy ve Mutuş, 2021; Koselka vd., 2019). Doğadaki şifalı bitkilerin özellikle pandemi döneminde iyileştirici özelliğinden dolayı Türk halkı tarafından çok fazla kullanıldığı belirtilmektedir (Kaplan, 2020). Gerek bitkilerin, gerekse hayvanların insanın içinde bulunduğu stresli ve zorlu yaşam koşullarında iyileştirici özellikleri ile adeta bir terapist işlevleri vardır. Ayrıca doğanın ve iyi düzenlenmiş dış mekan alanlarının insanlar üzerindeki stresi azalttığı ve ruhsal durumlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Whitehouse et al., 2001). Kentsel alanlarda, bitki örtüsü seviyesi ne kadar yüksek olursa, stresin azalmasına da o kadar çok yararlı olacağı ifade edilmiştir (Koselka vd., 2019). Yine bu kapsamda, doğa temelli aktiviteleri yapan bireylerin özgüvenlerinde de önemli derece artış olduğu stres, öfke ve depresyon gibi olumsuz duygu durumların azalmasına yardım ettiği belirtilmiştir (Durusoy ve Mutuş, 2021; Koselka vd., 2019). Doğal çevrenin verdiği pozitif duygular gibi yapılı çevrelerin de bu doğrultuda yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

SONUÇ

İnsan ekolojik dengenin sürdürülmesinde çok önemli sorumluluğu olan bir varlıktır. Sağlıklı çevre ve sağlıklı ruh sağlığı açısından değerlendirildiğinde, doğal çevrede düzenlenen alternatif terapi yöntemlerinin pek çok fiziksel ve ruhsal sorunların iyileşmesine katkı verdiği görülmüştür. Psikiyatri hemşireliğinin doğa temelli uygulamalar konusunda farkındalığının artması, değişen dünya ve terapi yaklaşımları hakkında bir görüş geliştirmesi açısından önemlidir. Gerek ruh sağlığı bozulmuş bireylerin, gerekse var olan iyilik halini güçlendirmek amacıyla doğa temelli uygulamaların yapılı çevrelere de uyarlanabilecek şekilde düzenlemelere gereksinim vardır. Bu düzenlemelerin, hem hasta hem de çalışan ruh sağlığını olumlu yönde etki edeceği düşünülmektedir. Değişen iklim ve çevre koşulları, doğanın insanın sağlığı açısından ne denli önemli olduğunu hatırlatması açısından önemlidir. Bu durumda her bireyin, yaşamın sağlıklı ve devamlılığı için doğanın önemli bir değer olduğunu yeniden hatırlaması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akın G. İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi. 2014; 54 (1): 105-116.
2. Aras BB, Demirci K. İklim değişikliğinin insan sağlığı üzerindeki psikolojik etkileri. Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2020; 1(2):77-94.
3. Baştemur Ş. Macera terapisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2019; 11(2):178-191 doi: 10.18863/pgy.434071
4. Baydar V, Ersoy AF. Sosyal hizmet ve çevre: Ekososyal yaklaşım social work and environment: AN ecosocial approach. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi. 2017; 52 (2):236-247
5. Bulut Y, Göktuğ TH. Sağlık bulma yönünde çevresel bir etken olarak iyileştirme bahçeleri. GOÜ. Ziraat Fakültesi Dergisi. 2006; 23 (2): 9-15.
6. Birinci Ertürk N, Birol G. İyileştiren hastane yaklaşımı ve 21. yüzyılın sağlık kampüslerine yönelik tasarım ilkeleri. Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2022;10:1960-1983
7. Coffey Y, Bhullar N, Durkin J, Islam MdS, Usher K. Understanding eco-anxiety: A systematic scoping review of current literature and identified knowledge gaps. The Journal of Climate Change and Health. 2021; 3:100047.
8. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. QJM: An International Journal of Medicine. 2020; 113(5):May: 311-312, doi:10.1093/qjmed/hcaa110
9. Durusoy E, Mutuş R. Yeşil egzersizin kronik ağrıya, fiziksel ve mental sağlığı etkileri. IGUSABDER. 2021; 14: 351-362
10. Düzenli T, Yılmaz S, Tarakçı Eren E. A study on healing effects of hospital gardens. Fresenius Environmental Bulletin 2017; 26(12): 7342-7352.

11. Er F, Canatan Ç, Barut B, Kara Y. Sosyal hizmet uygulamalarında ekopsikolojiyi düşünmek. Sosyal Bilimler Dergisi Journal Of Social Sciences. 2020; Yaz, 5 (1): 73-82
12. Gül F. İnsan-doğa ilişkisi bağlamında çevre sorunları ve felsefe. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013; 14 : 17-21.
13. Güngör S, Yıldız F. COVID-19 Pandemisi öncesi ve sürecinde kentsel yeşil alanlardaki sosyal ilişkilerin incelenmesi. Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi. MBUD 2022; 7 (Özel Sayı): 27-39
14. Hibbard W. Ecopsychology: A Review. The Trumpeter. 2003;19(2): 23-57.
15. Ünsal A. Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 1(1):11-25
16. Kaplan M. COVID-19: Küresel salgın sürecinde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. Millî Folklor. 2020; 16(127): 35-45.
17. Karakaya B, Kiper T. Hastane dış mekân tasarımlarının Edirne ili örneğinde irdelenmesi. Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi. 2011; 8(29): 49-64.
18. Koselka EP, Weidner LC, Minasov A, Berman MG, Leonard WR, Santoso MV, De Brito JN, Pope ZC, Pereira MA, Horton TH. Walking green: Developing an evidence base for nature prescriptions. International Journal Of Environmental Research And Public Health. 2019;16(22):4338-55.
19. Pihkala P. Anxiety and the ecological crisis: An analysis of eco-anxiety and climate anxiety. Sustainability. 2020; 12(19): 7836. doi:10.3390/su12197836
20. Ruin C. The use of well-being therapy in clinical settings. The Journal of Happiness & Well-Being. 2014; 2(1): 198-206.
21. Summers JK, Vivian DN. Ecotherapy – A forgotten ecosystem service: a review. Front. Psychol. 2018 August; 9: 1389.
22. Thompson CW, Roe J, Aspinall P, Mitchell R, Clow A, Miller D. More green space is linked to less stress in deprived communities: Evidence from salivary cortisol patterns. Landsc. Urban Plan. 2012; 105: 221–229.
23. Whitehouse S, Varni JW, Seid M, Cooper-Marcus C, Ensberg MJ, Jacobs JR, Mehlenbeck RS. Evaluating a children's hospital garden environment. Utilization and consumer satisfaction. Journal of Environmental Psychology. 2001; 21: 301-314.
24. Yücel AS, Morgil Fl. Yüksek öğretimde çevre olgusunun araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1998;14:84-91.

İKLİM VE SAĞLIK DERGİSİ

YAZIM VE YAYIN KURALLARI

Dergiye gönderilecek yazılar Türkçe veya İngilizce olabilir. Dergiye gönderilecek olan çalışmalar daha önce bir yerde yayınlanmamış olmalıdır.

Derginin kurallarına göre yazıldığı belirlenen çalışmalar editörler tarafından incelenir ve iki veya daha fazla hakeme gönderilir. Yazılar reddedilebilir veya yazarlardan düzenleme yapılması istenir. Düzenlemeler belirtilen süreler içerisinde tamamlandıktan sonra yazının kabulü halinde yıl içerisinde çıkacak sayılarda yayımlanır.

YAZININ HAZIRLANMASI

A4 boyutlarındaki kâğıda üst, alt, sağ ve sol boşluk 2,5 cm bırakılarak çift satır aralıklı, iki yana dayalı, satır sonu tirelemesiz ve 10 punto Times New Roman yazı karakteri kullanılarak yazılmalıdır.

Gönderilen tablo, şekil, resim, grafik ve benzerlerinin derginin sayfa boyutları dışına taşmaması ve daha kolay kullanılmasını amacıyla 10 x 17 cm'lik alanı aşmaması gerekir. Bundan dolayı tablo, şekil, resim, grafik vb. unsurlarda daha küçük punto ve tek aralık kullanılabilir. Tablo, şekil, resim, grafik vb. metin içerisinde yer almalıdır.

Çalışmalar 20 sayfayı aşmamalıdır. Çalışmanın, MS Word ile yazılmış bir kopyasının dergi e-posta adreslerine veya web sitesinden online olarak gönderilmesi editöryal sürecin başlaması için yeterlidir. Çalışma gönderildikten sonra en geç bir hafta içinde alındığını teyit eden bir elektronik posta mesajı gönderilir.

Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

Türkçe makalelerde Hem metin içinde hem de kaynakçada TDK Yazım Kılavuzu (Yazım Kılavuzu, 2009, Türk Dil Kurumu, Ankara) veya www.tdk.gov.tr adresindeki online hali yazım kuralları dikkate alınmalıdır.

Kaynakça (Hem metin içinde hem de kaynakçada Amerikan Psikologlar Birliği (APA) tarafından yayınlanan Publication Manual of American Psychological Association adlı kitapta belirtilen yazım kuralları uygulanmalıdır).

Dergi isimleri Index Medicus veya Ulakbim/Türk Tıp Dizini'ne uygun olarak kısaltılmalıdır.

Gönderilen çalışmaların aşağıda koyu yazılan bölümleri içermesi gerekmektedir;

- Türkçe Başlık Sayfası (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgilerini içermelidir)
- Türkçe Öz (150-200 kelime arası)
- Anahtar Kelimeler (5-8 kelime arası)

- Ana Metin (Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)
- İngilizce Başlık Sayfası (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgileri ve uluslararası geçerliliği bulunan "ORCID" bilgisine yer verilmelidir.)
- Abstract (150-200 kelime arası)
- Key Words (5-8 kelime arası)

İngilizce Ana Metin ((Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)

YAYIM SÜRECİ ÜZERİNE YAZARLARA NOTLAR

İklim değişikliğinin etkilerine yönelik çalışmalar incelendiğinde; 2018 yılının bir dönüm noktası olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2018'de, özel bir rapor yayınlamıştır. Özel rapor, iklim değişikliğinin sağlık etkilerine yönelik artan ilgi talep etmektedir. İlgi, akademik kanıtlarla güçlendirilmelidir. İklim değişikliğinin sağlık etkileri, uluslararası, ulusal ve yerel iklim değişikliği uyum çalışmalarında merkeze konmalıdır.

"İklim ve Sağlık" dergisi, alanından uzman araştırmacıların iklim ve sağlık alanında ürettikleri çalışmaları, elde edilen kanıtları ve deneyimleri bir araya getirme amacıyla hazırlanmaktadır.

Bu kapsamda;

1. İklim, iklim değişikliği, halk sağlığı, çevre ve diğer ilgili alanlarda çalışan akademisyenlerin, araştırmacıların ve sivil toplum kuruluşlarından (STK), kamu kurumlarından ve uluslararası kuruluşlardan alanlarında uzman araştırmacıların bilimsel değerlendirmelerini, araştırma bulgularını ve analizlerini paylaşmak için etkili bir araç olmayı amaçlayan uluslararası hakemli bir dergi olacaktır.
2. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.
3. Birden çok yazarlı makalelerde editöryal yazışmanın kiminle yapılacağı belirlenmeli ve açık bir şekilde belirtilmelidir.
4. Yayımlanan yazıların içeriğinde ya da alıntılarında olabilecek çarpıtma, yanlış, telif hakkı ihlali, intihal vb. hususlardan yazar/ yazarlar sorumludur.
5. Yayımlanan yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. İlgili çalışmada, eğer etik onay alınması gereken durumlar söz konusu ise yazarların etik kurullardan ve kurumlardan onay aldığı var sayılmaktadır.
6. Yayımlanmış yazıların yayım hakları yayımcı Firmaya aittir.

Yazar ya da yazarların tamamının ıslak imzasını taşıyan Yayın Hakkı Devir Formu yayımcıya gönderilmelidir.

CLIMATE AND HEALTH JOURNAL

RULES FOR WRITING AND PUBLISHING

Papers to be submitted to the journal may be in Turkish or English languages. Papers to be submitted to the journal must be not published previously in another platform.

Papers defined to be written in accordance to the rules of the Journal are assessed by the editors and sent to two or more peers for review. Papers may be rejected or the author may be requested to make revision. In the event the paper is approved after the completion of any revisions within indicated periods, it is published in the issues to be developed within the year.

PREPARATION OF PAPER

The paper should be typed on paper with A4 dimensions, leaving 2.5 cm space from the top, below, right and left edges, with double line space, without hyphenation at line end, by using font size 10 Times New Roman character font.

The tables, figures, graphs and similar that are included should not exceed an area of 10 x 17 cm for preventing exceeding of page borders and for using with convenience. Thus, smaller font sizes and single line space may be used for objects such as tables, figures, images, graphs etc. The tables, figures, images, graphs etc. should be inserted into the text.

Papers should not exceed 20 pages. Sending a copy of the paper produced through MS Word to the Journal's e-mail addresses or submitting the same online from the website is sufficient for the editorial process to commence. An electronic mail message confirming its receipt is sent at the latest in a week after the paper was sent.

For any clinical or experimental studies on humans and animals that require ethics board approval to be used in the research studies, separate ethics board approvals have to be obtained, such approval should be referred to in the paper, and duly documented.

For Turkish papers, the grammar rules in TDK Spelling Book (Yazım Kılavuzu, 2009, Turkish Language Association) or on the address www.tdk.gov.tr (online version) should be complied with in respect to both the text and the references sections.

References (For both the text and the references sections, the grammatical rules defined in the book named Publication Manual of American Psychological Association and published by American Psychological Association should be implemented).

Journal names should be abbreviated in accordance with Index Medicus or Ulakbim/Turkish Medical Index.

The papers submitted should include the sections presented in bold characters below:

- Turkish Title Page (should include paper title, full names and titles of author(s), the institutions they are employed in, and their address, telephone, fax and electronic mail addresses)
- Turkish Abstract (between 150 and 200 words)
- Keywords (between 5 and 8 words)

- Main Text (quantitative and qualitative studies should include introduction, methodology, findings and discussion sections)
- English Title Page (should include the paper title, full names and titles of author(s), the institutions they are employed in, and their address, telephone, fax and electronic mail addresses, and their "ORCID" data with international validity)
- Abstract (between 150 and 200 words)
- Keywords (between 5 and 8 words)

English Main Text (quantitative and qualitative studies should include introduction, methodology, findings and discussion sections)

NOTES TO AUTHORS ON THE PROCESS OF PUBLISHING

Considering the studies conducted on the impacts of climate change, it is observed that the year 2018 became a milestone. The World Health Organisation published a special report in the year 2018. The special report requested further involvement on the impacts of climate change on health. Such involvement should be supported with academic evidences. The health related impacts of climate change should be placed as the focus in international, national and local climate change adaptation studies.

"Climate and Health" journal is prepared with the aim to bring together the studies conducted, and the evidences and experiences gathered on the field of climate and health by researchers expert in their fields.

In this regard, it shall be;

1. An international peer reviewed journal that aims to serve as an effective tool for the academicians and researchers working on the fields of climate, climate change, public health, environment and other related fields, and researchers expert in their fields within non-governmental organisations (NGOs), public sector organisations and international organisations to share their scientific assessments, research findings and analyses.
2. The publishing languages of the journal are Turkish and English.
3. For papers with several authors, the person with whom editorial correspondence is to be made should be defined and indicated clearly.
4. Author(s) are responsible for any falsification, faults, copyright violation, plagiarism etc. issues that may exist within the content or references in the papers published.
5. Authors are responsible for the content of their papers published. In the event there are aspects that require ethics approval related to a given paper, the author(s) are assumed to have obtained approval from the ethics board(s).
6. Publishing rights of the papers published belong to the publishing Company.

The Copyright Transfer Form that bear the wet signatures of the author or all authors should be delivered to the publisher



Climate
and
Health
Journal